

Ich melde mich für das Velolager 2024 an.

Ort: zentral (wird im Februar bestimmt)

Datum: 06.09 - 11.09.2024

Alle Seiten des Anmeldeformulars sind wahrheitsgetreu in Druckschrift auszufüllen und zu unterzeichnen. Unvollständig ausgefüllte oder nicht unterzeichnete Anmeldungen können nicht berücksichtigt werden.

Personalien

Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Name:		Vorname:
Strasse / Nr:		PLZ / Ort:
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Institution		
Geburtsdatum:		Sozialversicherungs-Nr.: z.B. 756.0000.0000.00
Tel. P:	Handy:	Tel. Heim
Tel. G:	E-Mail:	

Name der Betreuungsperson und / oder Institution: _____

Korrespondenzadresse: _____

E-Mail: _____

Können die weiteren Unterlagen per Mail verschickt werden: Ja Nein

Rechnungsadresse: _____

Kontaktperson, die während dem Camp erreichbar ist und den Teilnehmer im Notfall abholt (⚠ obligatorisch):

Name:		Vorname:	Tel.
Strasse / Nr:		PLZ / Ort:	

Arzt und Versicherung

Name Arzt/Ärztin	Tel.
Krankenkasse / Unfallversicherung	

Behinderungsart

- keine körperlich geistig
- Körperbehinderung: CP Hemiplegie Spina Bifida Tetraplegie Paraplegie
 Diplegie Spastik Amputation Lähmung Polio
 im Rollstuhl E-Rollstuhl Assistenzhund
- Geistige Beh.: leicht mittel schwer Trisomie 21
- Autismus: leicht mittel schwer
- Psychische Beh.: Details: _____

Hörbehinderung: gehörlos Hör-rest Hörgerät

Verständigungsform: _____

Sehbehinderung: blind geringer Sehrest

Art der Sehbehinderung: _____

Hilfsmittel im Camp: Hund Stock

Kommunikation: Braille Kurzschrift Vollschrift Schwarzschrift

weitere Details: _____

Kommunikation

nichts schwer verständlich unverständlich stumm

Hilfsmittel zur Kommunikation: _____

Verstehen Sie verbale Informationen? ja nein

Krankheiten / Störungen

Letzte Starrkrampfimpfung (Tetanus) ja nein Datum: _____

Epilepsie: letzter Anfall: _____ Symptome vor / bei Anfall: _____

Diabetes: Typ I (Insulinspritze) Typ II (Medikamente)

Allergie: Was: _____ Details: _____

Was: _____ Details: _____

Asthma: Details: _____

Wahrnehmungsstörung Details: _____

Herzfehler Details: _____

sonstige Krankheiten

Was: _____ Details: _____

Was: _____ Details: _____

Medikamente (inkl. Naturheilmittel) per Anmeldedatum

keine Medikamente regelmässige Einnahme von Medikamenten

Abgabe / Kontrolle durch Leiter/In selbstständige Einnahme

⚠ Name des Medikamentes / Notfallmedikation (welcher Zweck?), Bitte auflisten:

Art der Anwendung: _____

⚠ Der Teilnehmer / gesetzliche Vertreter trägt die Verantwortung, dass die Medikamentenabgabe vor Ort durch Laien erfolgen kann.

⚠ Zum Camp ist eine Liste «Medikamenten-Liste» mit den aktuellen Angaben mitzunehmen (Medikamente, Dosierung, Abgabezeitpunkt, Ersatzmedikamente, wichtige Hinweise des Arztes, Verhalten in Notfällen etc.).

Unterstützungsbedarf während dem Camp

				Bemerkungen / Art der Hilfestellung
Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
Mobilität im Haus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
Mobilität im Freien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
Duschstuhl notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Waschen / Zähneputzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
WC / Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
Nachts / Schlafen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	

Weitere wichtige Infos für Sportprogramm, Rahmenprogramm, Betreuung

Was kann Verhaltensauffälligkeiten auslösen (z.B. Angstzustände, Aggressivität, Tätlichkeiten, Selbstverletzungen)? Bitte genau vermerken: nichts

Was benötigen Sie in Krisensituationen, um sich wohlfühlen und wie können Sie sich beruhigen (z.B. Gegenstand, Beschäftigung, Musik etc.)?

Velo

Was für ein Velo fährst du/ wirst du im Lager fahren? _____

Niveau in der camp-spezifischen Sportart: fortgeschritten Grundkenntnis Anfänger/in neu

Rollstuhl

keinen Handrollstuhl Handrollstuhl fürs Handbike E-Rollstuhl

Nimmst du einen Rollstuhl mit? ja nein

Bemerkung: _____

Muss dieser im Bus mittransportiert werden? ja nein

Bemerkung: _____

Allgemeine Fragen (Angaben obligatorisch)

Körpergrösse: _____ Körpergewicht: _____

Student: ja nein berufstätig: ja nein

vegetarisch vegan

spezielle Ernährung / Diät Details: _____

Etagenbetten: Kannst du oben schlafen? ja nein

Darfst du Alkohol trinken? ja nein

Rauchst du? ja nein

Kannst du ohne Hilfsmittel schwimmen? ja nein ich nehme ein Hilfsmittel mit

Darfst du tauchen? ja nein

