



Angaben zur Person	
Name:	Vorname:
Geschlecht: männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	
Adresse:	



Kontaktperson:	
<input type="radio"/> Eltern/Angehörige	<input type="radio"/> Wohnstätte / päd. Mitarbeiter/in
<input type="radio"/> gesetzliche Betreuer/in	sonstige: _____
Name:	Telefon:

Art der Behinderung:	
<input type="radio"/> lern/geistig Behindert	<input type="radio"/> Körperbehindert <input type="radio"/> psychische Behinderung
Ergänzungen/Anmerkungen: _____	
Ich habe einen Pflegegrad: <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
Ich habe einen Behindertenausweis: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (GdB = ___%) Wertmarke im Ausweis <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
angegebene Merkzeichen: <input type="radio"/> B <input type="radio"/> G <input type="radio"/> aG <input type="radio"/> H <input type="radio"/> BI <input type="radio"/> GI	
Ich verwende ein/eine: <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> Gebiss <input type="radio"/> Prothese	
Sonstiges/Anmerkungen: _____	
Ich nehme regelmäßig Medikamente: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Ich nehme meine Medikamente: <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> über meinen Reisebegleiter	
(genaue Medikation und Dosierung wird vor der Reise in einem Medikamentenblatt angegeben)	

Stern-Reisen Betreuung		(Infos zum Betreuungsschlüssel im Anhang)		
Betreuungsstufe:	1 Stern <input type="radio"/>	2 Sterne <input type="radio"/>	3 Sterne <input type="radio"/>	4 Sterne <input type="radio"/>
Betreuungsschlüssel:	1 : 10	1: 4	1:2	1:1
Als Assistent benötige ich unbedingt:	einen Mann <input type="radio"/>	eine Frau <input type="radio"/>	egal <input type="radio"/>	

Allgemeines	Nein	ja	Ergänzung / detaillierte Angaben
Ich habe eine Sinnesbehinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe eine Infektionskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe Unverträglichkeiten / Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich leide an Inkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Kompetenzen	Nein	ja	Ergänzung / detaillierte Angaben
Ich kann sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann lesen / schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin sicher im Straßenverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Assistenz	Allein	Erinnerung und Kontrolle	Brauche Hilfe	Ergänzungen
Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
An - und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Waschen / Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zähne Putzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Toilettengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Einverständnis	Nein	ja	Ergänzung
Ich darf ohne Reisebegleitung am Urlaubsort unterwegs sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich darf am Urlaubsort in der Gruppe ohne Betreuer unterwegs sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe eine Badeerlaubnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwimmer <input type="radio"/> nicht Schwimmer <input type="radio"/>
Ich habe eine Mitfahrerlaubnis (Ich darf im Kleinbus mitfahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich benötige Hilfe bei der Einteilung meines Taschengeldes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich darf Alkohol trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Mobilität während der Reise		(nur in der Betreuung 2 Sterne bis 4 Sterne)	
Ich habe einen Rollstuhl:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Falls ja, bitte Maße in cm angeben	B ___/H ___/T ___	Rollstuhl faltbar:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ich benötige meinen Rollstuhl:	ständig <input type="radio"/>	nur bei Ausflügen <input type="radio"/>	
Ich benötige Schiebehilfen:	ständig <input type="radio"/>	nur bei Ausflügen <input type="radio"/>	keine <input type="radio"/>
Ich benötige Hebehilfen:	ständig <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>	keine <input type="radio"/> Ich wiege: _____ kg

Was Sie sonst über mich wissen sollten:	(Interessen, Vorlieben, Auffälligkeiten, usw.)

So viel Hilfe wie nötig...

...aber trotzdem die Eigenständigkeit bewahren. Die Wünsche der Kunden stehen im Fokus!

Ein Betreuungsservice ganz auf die Bedürfnisse und persönlichen Interessen der Reiseteilnehmer abgestimmt.

Als Grundlage für unsere Reisen und Ausflüge bieten wir ein Betreuungskonzept in vier Betreuungsstufen (1 bis 4 Sterne) an.

Betreuungsschlüssel

1 Stern *

Menschen, die ein größtenteils selbständiges und eigenverantwortliches Leben führen. Diese Kunden leben in einer eigenen Wohnung oder in einer ambulant betreuten Wohngruppe.

(Betreuungsschlüssel 1:10)

2 Sterne **

Menschen, die ein recht selbständiges und eigenverantwortliches Leben führen – hin und wieder Begleitung und Betreuung benötigen. In der Hygiene benötigen Sie lediglich Erinnerung und Ansprache. Zu den geistigen Behinderungen können auch körperliche Behinderungen kommen – Rollstuhlfahrer benötigen lediglich gelegentlich Schiebehilfe bei Ausflügen.

(Betreuungsschlüssel 1:4)

3 Sterne ***

Menschen, die regelmäßig Begleitung und Betreuung benötigen und eine feste Bezugsperson benötigen. In der Hygiene benötigen Sie Kontrolle und z.T. Hilfestellung. . Zu den geistigen Behinderungen können auch körperliche Behinderungen kommen – Rollstuhlfahrer benötigen Schiebehilfe bei Ausflügen.

(Betreuungsschlüssel 1:2)

4 Sterne ****

Menschen mit schweren Behinderungen, die auch bei alltäglichen Lebensanforderungen häufig Betreuung und Begleitung benötigen. Sie benötigen eine feste Bezugsperson sowie Unterstützung bei der Hygiene. Hierzu zählen Menschen, die aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten, schwersten körperlichen Behinderungen und/oder Inkontinenz ein höchstes Maß an Betreuung benötigen .

(Betreuungsschlüssel 1:1)

Ausnahmen die im Einzelfall geprüft werden müssen:

- Menschen mit schwerer/schwersten Behinderungen, deren Pflege/Betreuung nicht ohne einen hohen Aufwand an Hilfsmitteln zu leisten ist.
- Menschen, die in nahezu allen Bereichen auf Assistenz angewiesen sind
- Stark Verhaltensauffällige Menschen (aggressiv, Verweigerungshaltung etc.), bei denen es Zweifel an der Eignung zu einer Gruppenreise gibt.
- Menschen, die regelmäßig schwere epileptische Anfälle bekommen

Leider nicht betreuen können wir...

- Menschen mit unkontrollierter Inkontinenz
- Menschen, die eine 24-Stunden Betreuung/Aufsicht benötigen
- Menschen mit der Tendenz weg zu laufen
- Menschen, deren Gesundheitszustand stark schwankend ist

Hinweis: Wir fahren auf unseren Busreisen mit normalen 9-Personen Kleinbussen. Rollstuhlfahrer müssen bei Teilnahme in der Lage sein (auch mit Hilfe), sich entsprechend umzusetzen.