



Angaben zur Person			
Name:	Vorname:		
Geschlecht:	männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>	divers <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: _____	
Email: _____	

Art der Behinderung:	
<input type="radio"/> lern/geistig Behindert	<input type="radio"/> Körperbehindert <input type="radio"/> psychische Behinderung
Ergänzungen/Anmerkungen: _____	
<b>Ich habe einen Pflegegrad:</b> <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	
<b>Ich habe einen Behindertenausweis:</b> <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: _____	
<b>Ich nehme regelmäßig Medikamente:</b> <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	

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"/>	
Ich kann Treppen steigen	<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 Mitfahrerlaubnis (Ich darf im Kleinbus mitfahren)	<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 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 3 Sterne bis 4 Sterne)			
Ich habe einen Rollstuhl:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>		
Ich habe einen Rollator:	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/Rollator:	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.)