

PERSONALBOGEN für REISEN

zurück an: **Bildungs- und Freizeitwerk Osnabrück -BuFO-**
Große Gildewart 14, 49074 Osnabrück
Tel.: 0541/580540-10 E-mail: bufo@os-hho.de

Name:	Vorname:
Straße:	Hausnummer:
Postleitzahl:	Ort:

Reiseziel:	vom:	bis
------------	------	-----

Wir möchten Sie bitten, sich für den Personalbogen wirklich Zeit zu nehmen und ihn so genau wie möglich auszufüllen. Oftmals sind Sie oder die/der Reiseteilnehmer/in den überwiegend ehrenamtlichen Urlaubsbegleitern nicht bekannt!

Bedenken Sie: Alles was mündlich auf einem Vortreffen oder womöglich kurz vor Abfahrt mitgeteilt wird, kann schnell untergehen! Ergänzen Sie bitte durch zusätzliche Angaben und Beschreibungen die angekreuzten Felder!

Bitte kein Feld leer stehen lassen, da dies für uns das Zeichen ist, dass die Angaben vergessen wurden!

Personalbögen mit fehlenden Angaben müssen wir Ihnen aus haftungsrechtlichen Gründen zurücksenden.

Geburtsdatum:	Krankenkasse:
---------------	---------------

Art der Behinderung:

Wer ist bei auftretenden Fragen zur Person und im Notfall **während der Reise** direkte/r Ansprechpartner/in für die Reisebegleiter? Bitte ankreuzen (am PC mit der Maus)

Eltern / Angehörige	gesetzliche Betreuung	Betreuer der WG	Andere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name:	Name:
Adresse:	(Urlaubs-)Adresse:
Telefon:	Telefon:

Adresse vom Hausarzt / Facharzt:

Hausarzt/Name:	Evtl. Facharzt/Name:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:

Freizeitaktivitäten

- 2 -

Name:

Vorname:

Zum Schwimmen: (bitte ankreuzen / am PC mit der Maus)

Schwimmer: ja nein Schwimmhilfe: ja nein
darf schwimmen: ja nein (Halskrause bei Epilepsie ist Pflicht)

Bemerkung:

Ihre Wünsche für die Urlaubsgestaltung:

Was hilft Ihnen, sich wohl zu fühlen?

Ihre musikalische/n Vorliebe/n:

Ihre Hobbies:

Unterstützung / Beratung in den 4 oben genannten Bereichen? ja nein

Wenn ja (welche):

Bestehen besondere Ängste? ja nein

Wenn ja (welche):

Lebenspraktische Fähigkeiten

Zeitliche Orientierung? ja nein

Örtliche Orientierung in neuer Umgebung? ja nein

Genauere Beschreibung zur Orientierung:

Sicher im Verkehr? ja nein

Erklärung (wenn nein):

Ausgang ohne Betreuung möglich? ja nein

Kann selbständig öffentliche Verkehrsmittel nutzen? ja nein

Kann lesen und schreiben? ja nein

Kann selbständig mit Geld umgehen? ja nein

Kann selbständig Dinge des alltäglichen Lebens kaufen? ja nein

Kann Fahrrad fahren? ja nein

Können Sie selbständig ihren Koffer packen? ja nein

Erklärung/en zu den oberen 7 Punkten (insbesondere bei Hilfebedarf):

Name:

Vorname:

Können Sie selbständig die gesamte Körperpflege verrichten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brauchen Sie Unterstützung bei Toilettengängen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Müssen Sie daran erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erklärung (wenn ja):		
Inkontinent?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie sich selbständig an- und auszukleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erklärung:		
Können Sie selbständig die passende Kleidung wählen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie ihre Kleidung wiedererkennen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte genaue Beschreibung wenn Hilfen notwendig sind (geben sie uns gegebenenfalls auch eigens geschriebene Pflegepläne oder ähnliche Beschreibungen zur Pflege)

Ernährung

Speisevorlieben:		
Müssen Sie eine <u>medizinisch</u> verordnete Diät halten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja (welche):		
Bestehen Lebensmittelallergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja (welche):		
Bestehen bestimmte Lebensmittelunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja (welche):		
Benötigen Sie Unterstützung bei den Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja (welche):		
Dürfen Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja (Was und wieviel ungefähr):		

Erkrankungen

Name:

Vorname:

Liegt eine **epileptische** Erkrankung vor ja nein Liegt eine **diabetische** Erkrankung vor ja nein
Liegt eine **asthmatische** Erkrankung vor ja nein Liegt eine **allergische** Erkrankung vor ja nein

Wenn eine oder mehrere Erkrankung/en vorliegen, händigen Sie uns bitte jeweils (mit Rücksendung dieses Bogens) einen ärztlichen Notfallplan aus! (Für Epilepsie nutzen Sie bitte zusätzlich unseren beigefügten Fragebogen.

Bemerkungen:

Mobilität

Für Fussgänger/innen:

Ich kann mehr als eine Stunde gehen ca. 30. Minuten gehen
 einige Schritte gehen ich gehe nicht gerne

Für Rollstuhlfahrer/innen:

Auf Rollstuhl angewiesen immer teilweise
Können Sie den Rollstuhl selber fahren: ja nein
Brauche besondere Hilfen zur Nacht: ja nein

Ich kann

gehen. ja nein auf einem normalen Autositz sitzen. ja nein
stehen. ja nein in ein Auto umgesetzt werden. ja nein
Treppen steigen. ja nein nur im Rollstuhl befördert werden. ja nein

Hierfür benötige ich Hilfestellung:

Sonstiges / Bemerkungen (z.B. zusätzliche Hilfsmittel, wie Rollator, Lifter, etc.):

Wichtige Besonderheiten zur Person

Gibt es gewisse Besonderheiten? ja nein

(Zum Beispiel Zwänge, empfindliche Haut bei Sonne, starker Schnarcher, usw....)

Dies ist noch wichtig für die Reiseleitung zu wissen:

Bitte entsprechend ankreuzen: Ein **Foto** des Reiseteilnehmers... Wir benötigen kein spezielles Passfoto!

sende ich mit diesem Personalbogen liegt ihnen bereits vor

(Wir nehmen auch digitale Foto^^s. Zusenden an: bufo@os-hho.de ansonsten bitte das Bild mit Namen versehen und anheften)

Name, Vorname des Bearbeiters dieses Personalbogens:

Ort / Datum / **Unterschrift**

Kontakt (Tel.):

Anhang / Epilepsie

Name: _____ Vorname: _____

Allgemeine Informationen:

Wie oft bekommen Sie einen epileptischen Anfall?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich
	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> schon lange anfallsfrei	
	<input type="checkbox"/> mehrere Anfälle nacheinander		
Wie lange dauert ca. ein Anfall?	<input type="checkbox"/> nur Sekunden	<input type="checkbox"/> unter einer Minute	
	<input type="checkbox"/> 1 bis 3 Minuten	<input type="checkbox"/> 3 bis 5 Minuten	
	<input type="checkbox"/> 5 Minuten und länger	<input type="checkbox"/> unterschiedlich	
Besitzen Sie ein Notfallmedikament?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn Ja, geben Sie uns bitte einen Notfallplan vom Arzt mit, wann und wie dieses eingesetzt werden muss.			
Bemerkungen:			

Vor dem Anfall

Was sind mögliche Anfallsauslöser? (machen sie evtl. mehrere Kreuze)	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Freude	<input type="checkbox"/> Wut	<input type="checkbox"/> Aufregung
	<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Überanstrengung	<input type="checkbox"/> Musik	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
	<input type="checkbox"/> Lichtblitze	<input type="checkbox"/> nichts		
Merken Sie, wenn ein Anfall kommt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ich nehme folgendes wahr:				

Während des Anfalls

Beschreiben Sie bitte möglichst ausführlich, wie ein Anfall in aller Regel aussieht.				
Der Anfall beginnt...	<input type="checkbox"/> abrupt.	<input type="checkbox"/> langsam.		
Mein Körper...	<input type="checkbox"/> kippt um „wie ein Baum“.	<input type="checkbox"/> sackt langsam in sich zusammen.		
	<input type="checkbox"/> sackt zu Beginn des Anfalls blitzartig zusammen.			
Besteht Verletzungsgefahr durch einen Sturz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Während des Anfalls bin ich...	<input type="checkbox"/> klar und bei Bewusstsein.	<input type="checkbox"/> eingeschränkt bei Bewusstsein.		
	<input type="checkbox"/> bewusstlos.			

Nach dem Anfall

Ich bin nach dem Anfall...	<input type="checkbox"/> sofort wieder ansprechbar.	<input type="checkbox"/> nicht sofort ansprechbar / klar.		
Zum Befinden: Nach dem Anfall...	<input type="checkbox"/> ist alles wieder wie vorher.	<input type="checkbox"/> bin ich müde.		
	<input type="checkbox"/> bin ich erregt.	<input type="checkbox"/> muss ich schlafen / mich erholen.		

Schwimmen:

Schwimmen ist unter Aufsicht möglich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Halskrause ist in jedem Fall Pflicht!
Aus ärztlicher Sicht ist das Schwimmen erlaubt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Hilfreich ist an dieser Stelle die Beschreibung eines mehr oder weniger „typischen“ Verlaufs eines Anfalls mit eigenen Worten:

Anhang für Hörgeschädigte

Name:

Vorname:

Restgehör vorhanden: nein ja und zwar: _____ %

genauere Beschreibung:

Einschätzung der Kommunikationsmöglichkeit über die Gebärdensprache im Allgemeinen.

- | | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | groß | <input type="checkbox"/> | sehr gering |
| <input type="checkbox"/> | mittel | <input type="checkbox"/> | weniger als 3 Gebärden |
| <input type="checkbox"/> | gering | | |

plaudert folgende Gebärden: Gebärden nach DGS Hauseigene Gebärden der Karl Luhmann Heime

Träger eines Hörgerätes: ja nein

Was ist zu beachten (welche Seite, Reinigung, Batterie, Anbringung, etc):

Versteht folgende Gebärden (passive Gebärdenkenntnisse):

Plaudert folgende Gebärden (aktive Gebärdenkenntnisse):

Weitere Angaben:

Ansprechpartner/in:

Wichtige Informationen für alle Reiseteilnehmer/innen, die Medikamente einnehmen

Bildungs- und Freizeitwerk Osnabrück -BuFO-

- Bitte 2 komplett gefüllte Medikamentenboxen, von Montag bis einschließlich Sonntag mitgeben!
- Bitte unterscheiden Sie beim Ausfüllen des Medikamentenplans zwischen Dauermedikamenten und Bedarfsmedikamenten und tragen diese auch unterschiedlich ein. Siehe Beispiel.
- Für Bedarfsmedikamente ist eine ärztliche Verordnung in Kopie mitzugeben.
- Bei Veränderung der Medikation (bis zum Urlaub) bitte unbedingt neuen Medikamentenplan anfordern!
- Zudem geben Sie bitte noch einige Ersatzmedikamente mit Beipackzettel in Originalverpackung mit.
- Die Medikamentenboxen können auch im Bildungs- und Freizeitwerk geliehen werden (Leihgebühr: 5,00 € pro Box, pro Woche)

Bitte füllen Sie den Medikamentenplan wie in diesem **Beispiel** aus:

DAUERMEDIKATION:

Arzneimittel	Verabreichungsform	morgens 7.00–9.00		mittags 11.00–13.00		abends 16.00–18.00		nachts 20.00–22.00		Anwendungs- Gebiet
		vor dem Essen	nach dem Essen	vor dem Essen	nach dem Essen	vor dem Essen	nach dem Essen	vor dem Essen	nach dem Essen	
L-Thyrox Jod HEXAL 100/100	Tablette	1	-	-	-	-	-	-	-	Schilddrüsen- unterfunktion
Lactulose-ratiopharm	Sirup	-	10ml	-	-	-	10ml	-	-	Verstopfung

BEDARFSMEDIKATION:

Arzneimittel	Verabreichungs- form	Beschreiben Sie bitte, wann, wie und warum ein Bedarfsmedikament genommen werden muss	Anwendungs- gebiet
PARACETAMOL ratiopharm 500 mg	Tabletten	Manchmal bekommt <i>Uwe Mustermann</i> Kopfschmerzen, wenn es ihm zu anstrengend ist. Dann kann er bis zu 2 Paracetamol am Tag einnehmen.	Kopfschmerzen

Zusätzliche Bemerkung: (Beispiel) Bitte geben Sie Uwe keine Aspirin. Darauf reagiert er allergisch!

M E D I K A M E N T E N P L A N - T Ä G L I C H E E I N N A H M E

BILDUNGS- UND FREIZEITWERK OSNABRÜCK -BuFO-
(MEDIKAMENTENPLAN BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN)

Name:

Vorname:

Arzneimittel / Dosierung	Verabreichung s-form	morgens 7.00 - 9.00		mittags 11.00 - 13.00		abends 16.00 - 18.00		nachts 20.00 - 22.00		Anwendungs- gebiet
		vor dem Essen	nach dem Essen	vor dem Essen	nach dem Essen	vor dem Essen	nach dem Essen	vor dem Essen	nach dem Essen	

Datum:

Unterschrift:

Empfängnisverhütung vorhanden

Liste der BEDARFSMEDIKAMENTE:

(Medikamente, die nicht regelmäßig eingenommen werden sollen, sondern bei plötzlich auftretenden Beschwerden)

BILDUNGS- UND FREIZEITWERK OSNABRÜCK -BuFO-

Name:

Vorname:

Arzneimittel /Dosierung	Verabreichungs- form	Beschreiben Sie bitte, wann, wie und warum ein Bedarfsmedikament genommen werden muss	Anwendungs- gebiet

GEBEN SIE BITTE EINE ÄRZTLICHE VERORDNUNG MIT!!!

Zusätzliche Bemerkung:

Datum:

Unterschrift: