

# Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

**Neu in 2025:** Anmelde- und Fragebogen werden in diesem Bogen zusammengefasst.  
Es gibt keinen gesonderten Fragebogen mehr.

Bitte füllen Sie die Felder sorgfältig und wahrheitsgemäß aus!

Beachten Sie bei sämtlichen Angaben den Umstand, dass es sich um eine Urlaubsreise handelt und nicht von der alltäglichen und bekannten Routine / Umgebung / Begleitpersonen ausgegangen werden kann.

Ausgefüllt von: Datum / Name	
------------------------------	--

1. Wunsch - Reise Nr.		Ort		Datum	
2. Wunsch - Reise Nr.		Ort		Datum	
3. Wunsch - Reise Nr.		Ort		Datum	

## Persönliche Daten - Reisegast

Nachname		Vorname	
Straße und Hausnummer		PLZ und Wohnort	
Telefon		E-Mail	
Geburtsdatum			
<b>SB Ausweis:</b> GdB, Merkzeichen & Pflegegrad			
Debitorennummer (intern Bethel.regional)			

## Persönliche Daten - Einrichtung

Einrichtung/Gruppe		Bezugsperson	
Adresse Einrichtung		E-Mail Einrichtung	
Mobil Bezugsperson		E-Mail Bezugsperson	

## Zimmer

Ich wünsche  Doppelzimmer  Einzelzimmer

aus bestimmten Gründen nur Einzelzimmer möglich (z.B. Nachtaktivität / mit Licht schlafen / Schlafapnoe-Maske / Blindheit / sehr lautes Schnarchen, etc.)

Ich möchte ein Zimmer teilen mit \_\_\_\_\_

## Kostenpflichtige Leistungen (wird geprüft, ob möglich)

### Ich benötige

nächtliche Pflege / Nachtwache / Nacht-Sichtung / Schlafbereitschaft / Babyphone zwischen 23:30 Uhr und 7:00 Uhr

# Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

## Mobilität

Benötigen Sie eine Gehhilfe?  ja  nein

### **falls ja:**

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> an der Hand geleitet               | <input type="checkbox"/> Gehstock    | <input type="checkbox"/> Rollator                     |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl                          | <input type="checkbox"/> E-Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Einhaken |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe (z. B. Unterarm-Gehwagen) |                                      |   |

Ich kann alleine laufen  ja  nein

Können Sie in den Bulli einsteigen?  ja  nur mit Hilfe  nein  
Können Sie Stufen/ Treppen steigen?  ja  nur mit Hilfe  nein

Wie viele Minuten können sie ohne Pause laufen? \_\_\_\_\_ Min  
Ich kann auf unebenem Gelände alleine laufen  ja  nein

### **Für Personen im Rollstuhl / E-Rollstuhl:**

- Umsetzen im Bulli möglich?  ja  nein
- Ich kann einige Stufen in den Bulli steigen
  - Ich benutze einen Rollstuhl und kann nur im Bulli direkt auf einen Sitz umgesetzt werden
  - Ich benutze einen Rollstuhl und muss im Rollstuhl befördert werden

**Rolli Größe** (Breite \_\_\_\_\_ cm, Länge \_\_\_\_\_ cm, Höhe \_\_\_\_\_ cm )

- Kopfstütze vorhanden  Kraftknotenpunkte vorhanden
- Rollstuhl faltbar  Rollstuhl **nicht** faltbar

---

## **Assistenz/ Begleitung/ Unterstützung**

**Benötigen Sie medizinische, Alltags- oder Pflege-Hilfsmittel?**  ja  nein

### **falls ja:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apnoe-Schlafmaske      | <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe                | <input type="checkbox"/> Diabetes Pen        |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl             | <input type="checkbox"/> Epicare (nächtl. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Inkontinenzschutz   |
| <input type="checkbox"/> Insulinspritzen        | <input type="checkbox"/> Katheter                    | <input type="checkbox"/> künstl. Darmausgang |
| <input type="checkbox"/> Lifter                 | <input type="checkbox"/> Matratzenschoner            | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde           |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett             | <input type="checkbox"/> Pflegebett mit Bettgitter   | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät     |
| <input type="checkbox"/> spezielles Essgeschirr | <input type="checkbox"/> spezielle Trinkgefäße       | <input type="checkbox"/> Stroma Versorgung   |
| <input type="checkbox"/> Stuhl mit Armlernen    | <input type="checkbox"/> Stützstrümpfe               | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl      |
| <input type="checkbox"/> Trachealkanüle         | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____            |  |

***Bitte denken Sie an ausreichend Inkontinenzschutz, Handschuhe und Desinfektionsmittel!***

# Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

## Welche Unterstützung benötigen Sie?

- |   |                                     |  |                                    |
|---|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilettengänge | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> Unterstützung/Übernahme | <input type="checkbox"/> Reinigung |
| <input type="checkbox"/> Waschen        | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung        | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Duschen        | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung        | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Rasur          | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung        | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Zahnpflege     | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung        | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese   | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung        | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung        | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges      | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung        | <input type="checkbox"/> Übernahme |
- 

## Mobilität in der Pflege

- Ich kann mithelfen       ich kann stehen       ich muss sitzen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Ich kann **nicht** mithelfen  
 kompl. Versorgung im Bett       Teilversorgung im Bett  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Bitte beschreiben Sie die Unterstützungsbedarfe (benutzen Sie ggf. ein Extrablatt)

---

## Besondere Anforderungen

- Aggressionen sich selbst oder anderen gegenüber / Konfliktpotenzial  
 Asthma                                       Autismus-Spektrum                       Demenz  
 Diabetes                                       Einkoten (nachts)                       Einkoten (tagsüber)  
 Einnässen (nachts)                       Einnässen (tagsüber)                       Lärmempfindlichkeit  
 nachts mit Licht schlafen                       Schnarchen                                       Weglauftendenzen  
 Reisen nur in Kleingruppen (maximal 6 Reisegäste pro Gruppe)  
 Rituale / Ängste (z. B. Heimweh) / Gewohnheiten (z. B. Duschtage, Uhrzeiten für Mahlzeiten und Zubettgehen / Aufstehen, Taschengeldauszahlung, etc.)  
 Verweigerungsverhalten (z.B. bei Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme, Körperhygiene, Pflege)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

## **Falls ja: Bitte beschreiben Sie die Besonderheiten und die Begleitmöglichkeiten.** (bitte benutzen Sie ggf. ein Extrablatt)

## Allergien/Unverträglichkeiten/Intoleranzen (z. B. Lebensmittel, Getränke, Medikamente)

- Pflaster-Allergie                       Penicillin-Allergie                       Insektenstich-Allergie  
 Tierhaarallergie:  
 Lactose Intoleranz                       Gluten Intoleranz                       Fructose Intoleranz  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

# Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

## Besondere Ernährungsformen

- vegetarisch     vegan     kein Schweinefleisch  
 nur Brei / püriertes Essen     Essen klein schneiden     Essen anreichern  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 ich **darf** Alkohol trinken     ich darf **keinen** Alkohol trinken
- 

## Falls Epilepsie: anfallsfrei seit: \_\_\_\_\_

- Absence     Grand Mal     Hypermotorisch  
 tonisch     klonisch     tonisch-klonisch  
 Psychomotorisch     myoklonisch     Aura

Seriengefährdung:  ja     nein

Statusgefährdung:  ja     nein

## Was sind mögliche Auslöser für einen Anfall?

- Wärme     Freude     Wut     Aufregung     Lärm     Lichtblitze  
 Musik     Überanstrengung     nichts     nicht bekannt  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Anfallsbeschreibung: Beschreiben Sie bitte ausführlich, wie ein Anfall in der Regel aussieht  
(bitte benutzen Sie ggf. ein Extrablatt)

- Häufigkeit: \_\_\_\_\_
- Dauer: \_\_\_\_\_
- Verlauf: \_\_\_\_\_

Merken Sie, wenn ein Anfall kommt?  ja     nein

Der Anfall beginnt  abrupt     langsam

- Ich  sacke langsam in mich zusammen     kippe „wie ein Baum um“  
 sacke zu Beginn des Anfalls blitzartig zusammen     stürze und falle hin  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Maßnahmen (z. B. Bedarfsmedikation), Name und Dosierung und wie oft? Arzt rufen, etc.

## Nach dem Anfall: (bitte benutzen Sie ggf. ein Extrablatt)

Sind Sie nach dem Anfall sofort ansprechbar und „klar“?  ja     nein

- Wie ist Ihr Befinden nach dem Anfall?     Es ist alles wie vorher     Ich bin müde  
 Ich bin erregt     Ich muss schlafen     Ich muss mich ausruhen/hinlegen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
- 

## Haben Sie eine Einschränkung im Sehen?

- Blind     Brille     Kontaktlinsen     Gesichtsfeldeinschränkung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

**Haben Sie eine Einschränkung im Hören?**  ja  nein

- Hörgeräte  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### **Wie kommunizieren Sie?**

- Ich kann sprechen  Ein-Wort-Sätze  Durch ein Kuscheltier  Lautieren  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

### **Medikamente**

- ich passe auf meine Medikamente selbst auf  
 das Team passt auf meine Medikamente auf

Einnahme

- Ich nehme die Medikamente selbst ein  
 Das Team muss mich an die Medikamente erinnern  
 Das Team gibt mir die Medikamente  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Spritzen

- Ich kann die Spritzen selber setzen  
 Die Spritzen müssen bei mir durch eine Person gesetzt werden

**Sollte sich Ihr medizinischer Bedarf verändern (Medikamenten-Umstellung, Krankenhausaufenthalt, Krankheit, etc.) melden Sie sich umgehend bei uns!**

### **Orientierung**

- Können Sie sich örtlich in fremder Umgebung orientieren?  ja  nein  
Können Sie sich zeitlich orientieren?  ja  nein  
Können Sie sich im Straßenverkehr zurechtfinden?  ja  nein

Können Sie alleine in der Unterkunft bleiben (für ein bestimmtes Zeitfenster)?

- ja  nein

Können Sie unbeaufsichtigt in der Nähe der Unterkunft sein (z.B. Spaziergänge)

- ja  nein

### **Ausflüge**

- bei Ausflügen kann ich mich von der Gruppe trennen  
 bei Ausflügen bleibe ich lieber bei der Gruppe

### **Taschengeld**

- ich passe selbst auf mein Geld auf  das Team passt auf mein Geld auf

### **Arzt/Ärztin**

Name behandelnde/r Arzt / Ärztin

Adresse behandelnde/r Arzt / Ärztin

Telefon behandelnde/r Arzt / Ärztin

# Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

## Rechnung

*Sollten Sie eine gesetzliche Betreuung für Finanzen haben, geht die Rechnung an diese.  
Zur Erstellung der Rechnung benötigen wir eine Bestellsurkunde.*

**Persönliche Daten - Rechnungsadresse** (für externe Personen und nicht durch Bethel betreute Personen aus proWerk/integra)

Einrichtung/Gruppe		Bezugsperson	
Adresse Einrichtung		E-Mail Einrichtung	
Mobil Bezugsperson		E-Mail Bezugsperson	

**Preis „intern“**

Intern bedeutet:

- Wohnort innerhalb der v. Bodelschwingschen Stiftungen  
 Arbeit in den v. Bodelschwingschen Stiftungen, **Bereich:** \_\_\_\_\_  
 Begleitung durch die v. Bodelschwingschen Stiftungen  
 Mitglied im Verein integra e.V.

**Preis „extern“**

**Ich bitte um Möglichkeit der Ratenzahlung. Ich kann monatlich \_\_\_\_\_ € zahlen.**

## Gesetzliche Betreuung

Name gesetzliche Betreuung

keine gesetzliche Betreuung

## Aufgabenkreise gesetzliche Betreuung

Vermögen / Finanzen  Aufenthalt  Gesundheit  Sonstiges

Adresse gesetzliche Betreuung

Telefon gesetzliche Betreuung

E-Mail gesetzliche Betreuung

**Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.**

## **Bei Wohnen in besonderer Wohnform:**

Die Bezugsperson/Bereichsleitung kennt und bestätigt die Angaben.

## **Wenn Sie eine gesetzliche Betreuung haben:**

**Die gesetzliche Betreuung hat in den ihr zugeordneten Bereichen ihr Einverständnis erteilt, ist über die Reiseanmeldung informiert und stimmt zu.**

**Die Reisebedingungen erkenne ich hiermit an**

---

**Unterschrift Reisegast** (für die Richtigkeit)

---

ggf. **Unterschrift der bevollmächtigten Bezugsperson** oder **der gesetzlichen Betreuung**