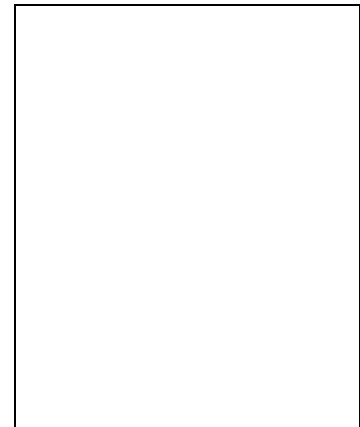


Teilnahmebogen für Reisen - Erwachsene

(Bitte gut lesbar ausfüllen)

Persönliche Daten

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Reiseziel: _____



Bitte Foto einfügen!

Art der Behinderung: _____						
Schwerbehindertenausweis? _____ Grad der Behinderung						
B im Ausweis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Wertmarke vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Pflegegrad:	Kein Pflegegrad <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Name der Krankenkasse				Krankenversicherungsnummer:		
Gibt es Erkrankungen?					Ja	Nein
Haben Sie Epilepsie – Anfallsleiden? Wann war der letzte Anfall? _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes - Zuckerkrankheit? Müssen Sie Insulin nehmen?					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Brauchen Sie Hilfsmittel?	Ja	Nein		Ja	Nein	
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wenn ja, umsetzen in Bus möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toiletten/Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorlagen oder Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ess- und Trinkhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brauchen Sie andere Hilfsmittel? _____					
Haben Sie eine Allergie oder Lebensmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche? _____					
Benötigen Sie eine Einzelbetreuung erforderlich? Weil, _____				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente			Ja	Nein	
Benötigen Sie Medikamente?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sie nehmen die Medikamente eigenverantwortlich ein?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erklärung: Ich bin damit einverstanden, dass mir die Medikamente, die ich nehmen muss, von der Reisebegleitung gegeben werden. Das dürfen sie <u>nur</u> , wenn ich die aktuelle ärztlichen Medikamenten-Verordnung mit den Reiseunterlagen abgebe.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Letzte Tetanusimpfung am: _____					
WICHTIG! Bitte fügen Sie die aktuelle Medikamentenverordnung und eine Kopie vom Impfausweis den Reisedokumenten bei.					

Schwimmen	Ja	Nein
Können Sie schwimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Schwimmhilfen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie eine ständige Handreichung im Wasser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Benötigen Sie Hilfe	Ja	Nein
- beim An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Toilettengang _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eincremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Essen und Trinken - pürierte Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Essen zerkleinern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Essen anreichern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Umgang mit dem Taschengeld? Sollte dies eingeteilt werden, wenn ja, in welcher Höhe? _____ € / Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- bei der Teilnahme im Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	Ja	Nein
Haben Sie eine Gehbehinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Treppen steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie körperlich belastbar (Spaziergang über 30 Minuten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es für Sie möglich, sich ohne Betreuer, aber mit 2-3 Personen von der Gruppe zu entfernen, z. B. bei einem Stadtbummel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie allein in der Unterkunft zurück bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, benötigen Sie Unterstützung in der Mengeneinteilung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständigung / Selbständigkeit Wie teilen Sie sich mit? - Falls Sie sich nicht über Sprache mitteilen, mit welcher Gestik, Mimik oder weiteren Hilfsmittel verständigen Sie sich? - Wie kann man als Begleiter Bedürfnisse, Unwohlsein oder Schmerzen erkennen? - Können Sie andere Leute gut verstehen?		
Besonderheiten (Verhalten, Schlaf- und Essgewohnheiten...?) Was sollte der Begleiter wissen? Wichtige Informationen zum Hilfebedarf?		
Was mögen Sie sehr gerne? Was tun Sie gerne in Ihrer Freizeit?		
Was mögen Sie gar nicht? Wovor haben Sie Angst?		

Wichtige Adressen

1. Angehörige	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon/ Handy:	
Fax, E-Mail:	
2. Betreuer (falls abweichend)	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon/ Mobil:	
Fax, E-Mail:	
3. Hausarzt	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	

Wichtige Information:

Alle Angaben sind nur für die Reisebegleitungen notwendig und werden in keinem Fall weiterverwendet.

Erlaubnis für Fotos und Filme für _____

Wenn ich eine Reise mit der Lebenshilfe Braunschweig mache, dürfen Fotos von mir gemacht werden.

ja nein

Wenn ja, dürfen diese Fotos:

- Auf eine CD/Stick für die Reisegruppe speichern ja nein
- In unseren Katalogen und Heften zeigen ja nein
- Auf der Homepage der Lebenshilfe zeigen ja nein

Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass ich sonst die Reise nicht mitmachen kann oder früher abrechen muss.
Die Reisekosten muss ich trotzdem bezahlen.

Ort _____

Datum _____

(Unterschrift Teilnehmer/in)

(Unterschrift gesetzl. Betreuer/in)

oder/und

(Unterschrift Fachkraft, bitte leserlich)

**Informationsblatt gemäß Art. 13 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung
(EU DS-GVO)**

Die Wahrung der Transparenz bei der Datenverarbeitung ist für die Lebenshilfe Braunschweig von besonderer Bedeutung. Wir informieren Sie daher gern wie folgt:

Verantwortliche Stelle	Lebenshilfe Braunschweig e.V. Fabrikstraße 1 F, 38122 Braunschweig
Datenschutzbeauftragter	ubb GmbH Unternehmensberatung Beugholt Walter-Bröker-Ring 8, 32756 Detmold 05231 709344 mail@ubb.gmbh
Zweck der Verarbeitung	Die Daten, die wir von Ihnen zur Planung und Durchführung von Freizeit- und Reiseangeboten erhalten, werden wir grundsätzlich nur für diese Zwecke verarbeiten. Eine Datenverarbeitung zu anderen Zwecken kommt nur dann in Betracht, wenn die insoweit erforderlichen rechtlichen Vorgaben gemäß Art. 6 Abs. 4 DSGVO vorliegen. Etwaige Informationspflichten nach Art. 13 Abs. 3 DSGVO und Art. 14 Abs. 4 DSGVO werden wir in dem Fall selbstverständlich beachten.
Daten/Datenkategorien	Kontakt- und Gesundheitsdaten
Rechtsgrundlage	Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 (1) a (Einwilligung).
Empfänger/Kategorien von Empfängern (sofern Datenübermittlung stattfindet)	Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet grundsätzlich nur statt, wenn dies für die Durchführung des Angebots erforderlich ist.
Speicherdauer bzw. -kriterien	Die Daten werden bis zur Zweckerfüllung und gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.
Betroffenenrechte	Recht auf <ul style="list-style-type: none">• Auskunft (Art. 15 DS-GVO)• Berichtigung (Art. 16 DS-GVO)• Löschung (Art. 17 DS-GVO)• Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO)• Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)• Widerspruch (Art. 21 DS-GVO)• Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO)
Widerruf	Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Daten dürfen ab dem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen, es genügt eine Mitteilung an anna.kostrewa@lebenshilfe-braunschweig.de

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten auf Widerspruch und Auskunft finden Sie unter: www.lebenshilfe-vernetzung.de

Dieses Informationsblatt ist für Ihre Unterlagen und muss nicht mit abgegeben werden!