**Anmeldung Ferien mit der Vereinigung Cerebral Schweiz 2024**

als Gast

Melden Sie sich lieber direkt online an? **Für online Anmeldung drücken Sie** [**HIER**](https://www.vereinigung-cerebral.ch/de/dienstleistungen/ferienangebote/anmeldung-auslandferien-fuer-gaeste)

Sehr geehrte Damen und Herren

Bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu vor Anmeldeschluss aus. Anmeldeschluss ist der 15. Januar 2024**.** Dies ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Anmeldung und Teilnahme. Bei nicht korrekten oder verschwiegenen Angaben behält sich die Vereinigung Cerebral Schweiz vor, Ferien auf Kosten der Teilnehmenden vorzeitig abzubrechen. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Stammkunden (ab 2018) müssen nur die mit \* gekennzeichneten Fragen ausfüllen. Bitte lesen Sie trotzdem alle Fragen durch und geben uns Änderungen aus den Vorjahren bekannt.

|  |  |
| --- | --- |
| ⬜ Frau ⬜ Herr  | ⬜ andere: |
| \*Vorname: |  |  | \*Nachname: |  |
| Namen wie in Pass/ID: |   |
| Strasse: |  |  | PLZ / Ort: |  |
| Name der Institution & Wohngruppe:  |   |
| Kanton: |  |  | Nationalität: |  |
| Tel.-Nr. P: |  |  | Mobiltelefon: |  |
| Geb.-Datum: |  |  | E-Mail: |  |
| Krankenkasse:  |  |  | \*Aktuelles Körpergewicht: |  |
| Sozialversicherungsnummer AHV / IV: |  |
| \*Hausarzt: |  |
| Sprache: | O deutsch | O französisch | O italienisch | O andere |

|  |  |
| --- | --- |
| Korrespondenz schicken an Adresse wie oben | O ja |
| O nein, an folgende Adresse: |  |
|  |
| Rechnung schicken an Adresse wie oben | O ja |
| O nein, an folgende Adresse: |  |
|  |  |
|  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*Haben Sie einen Beistand:  |  | x | O nein |  |

 |  |  | O nein |  |
| O ja, Name: |  |  | E-Mail: |  |
|  |  |  | Tel.: |  |
| \*Welche Art von Beistandschaft: | O Begleit-beistandschaftO Vertretungs-beistandschaft | O Mitwirkungs-beistandschaftO Umfassende Beistandschaft |
|  |
| Bitte beachten Sie, dass in vielen Fällen Ihr Beistand den Ferien zustimmen muss und den Reisevertrag später unterschreiben muss (z. B. falls Sie nicht unterschriftsberechtigt sind oder Ihre Finanzen nicht selbst verwalten dürfen). |
| \*An wen dürfen wir uns bei zusätzlichen Fragen zur Anmeldung und zum Assistenzbedarf wenden? |
| Name: |  |  | Telefon: |   |
| E-Mail: |  |  |  |  |
| \*Um wen handelt es sich bei dieser Person (z. B. Eltern, Bezugsperson, Lebenspartner, …):  |
| \*An wen wenden wir uns im Falle eines Notfalles während der Ferien? |
| Name: |  |  | Telefon: |   |
| \*Um wen handelt es sich bei dieser Person (z. B. Eltern, Bezugsperson, Lebenspartner, …):  |
| \*Haben Sie eine Patientenverfügung? | O ja | O nein |
| Mitgliedschaft:O Ich bin selber Mitglied der regionalen Vereinigung:  |  *(in welcher?)* |
| O Meine Eltern sind oder meine gesetzliche Vertretung ist Mitglied: |  *(Name?)* |
| Falls Sie noch nicht Mitglied sind, melden Sie sich bei der Vereinigung Cerebral in Ihrer Region an und schicken uns die Bestätigung. |

\*Ich melde mich für folgendes Ferienangebot an (bitte ankreuzen):

|  |  |
| --- | --- |
| **Badeferien auf Rhodos (10 Tage)**O Sa, 15. – Mo, 24. Juni 2024 | **Badeferien auf Mallorca (10 Tage)**O Fr, 06. – So, 15. September 2024 |

Falls die Ferien ausgebucht sind, kommen für mich auch folgende Angebote in Frage:

|  |
| --- |
|  |

Für **Ferien in Kleingruppen** (3 bis max. 8 Gäste mit Assistenz und Reiseleitung) oder für eine **Beratung zu Individualferien** (1-2 Gäste), melden Sie sich mit Ihrer Anfrage vorzugsweise bis

1. Januar 2024 direkt bei maja.cuk@vereinigung-cerebral.ch

**Fragen zur Behinderung, zum Assistenzbedarf und zum Gesundheitszustand**

|  |  |
| --- | --- |
| Ich habe cerebrale Bewegungsbehinderungen: | O ja |
| O nein, ich habe eine andere Behinderung: |  |
| Ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen: | O nein | O ja |
| O ich kommuniziere mit Hilfe von |  |
| Ich gehe | O problemlos | O mit Hilfe von |
| Ich benötige einen Rollstuhl O nein | O teilweise |  O immer |
| Ich nehme auf die Reise folgenden Rollstuhl mit | O Handrollstuhl | O Elektrorollstuhl |
| Masse und Gewicht (L + B + H und kg): |  |
| \*Für den Alltag benötige ich regelmässig folgende Hilfsmittel: |
| O Hebelift | O Pflegebett | O WC-Duschrollstuhl | O Duschliege |
| O Duschklappstuhl | O WC Aufsatz | O spezielle Matratze | O weiteres |
| \*In den Ferien benötige ich dringend: |
| O Hebelift | O Pflegebett | O WC-Duschrollstuhl | O Duschliege |
| O Duschklappstuhl | O WC Aufsatz | spezielle Matratze | O weiteres |
| Ich kann mich auf den Sitz im Car/Flugzeug setzen | O ja | O nein |
| Ich kann auf Flügen selbstständig auf meinen Platz/den Gang entlang gehen | O ja | O nein |
| Ich kann Treppen steigen | O ja | O nein |
| Ich kann stehen | O alleine | O eine Weile alleine |
|  | O nur mit Hilfe | O nein, gar nicht |
| Ich kann schwimmen | O ja, selbstständig | O selbstständig, nur mit Hilfsmitteln |
|  | O nur mit Assistenz | O nein, ich will nicht schwimmen |
| Ich brauche Assistenz | O beim An-/Ausziehen | O beim Essen |
|  | O bei der Körperpflege | O in der Nacht |
|  | O beim Toilettengang | O beim Einteilen vom Taschengeld |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ich bin inkontinent | O nein | O benötige Einlagen | O nur nachts |
| Ich benütze | O einen Katheter | O Urinaldkondom | O Stoma |
|  | O Zistofix | O Mikroklis | O weiteres |
| Ich habe einen Shunt | O nein | O ja |  |
| Ich habe Epilepsie | O nein | O ja, Anzahl Anfälle in den letzten 6 Monaten:  |  |
|  |  |  |  |
| \*Ich benötige Medikamente | O nein |  |  |
| O ja, welche? |  |
|  |
| O Ich nehme die Medikamente selbstständig ein. |
| O Ich möchte, dass mich jemand kontrolliert oder erinnert. |

Ich habe folgende Krankheiten/Beschwerden:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O Asthma | O Diabetes |  |
| O Sonnenallergie | O andere Allergien: |  |
| O Herzprobleme | O Nierenkrankheiten |  |
| O andere: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ich habe Lebensmittel-unverträglichkeiten | O nein |  |  |
| O ja, welche? |  |
| Ich habe andereEssenswünsche | O nein |  |  |
| O ja, welche? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Ich habe/hatte psychische Schwierigkeiten\* | O nein |
| O ja, welche und wann? |  |
|  |
|  |

\*Um eine optimale Betreuung zu garantieren, ist diese Information sehr wichtig.

|  |  |
| --- | --- |
| Es hilft mir, mich wohl zu fühlen, wenn: |  |
|  |
|  |
|  |
| Besonders wichtig bei der Assistenz: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**\*Fragen zum Einverständnis**

Ich bin mir bewusst, dass meine persönlichen Daten bei der Vereinigung Cerebral Schweiz gespeichert werden und an Dritte (Reiseleitung, Pflegeleitung, eigene Assistenzperson, Hotel, Fluggesellschaft, usw.) weitergegeben werden können, um die Leistung zu organisieren und deren Qualität zu gewährleisten.

O ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Sozialversicherungsnummer AHV/IV an „Denk an mich“ weitergegeben wird.

O ja

Ich habe die wichtigen Informationen für Gäste und den Flyer gelesen.

O ja

Vielen Dank für Ihr Interesse. Wir nehmen mit Ihnen Kontakt auf, falls wir weitere Fragen haben.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  | Unterschrift: |  |
| Datum: |  |  | Unterschrift Beistand: |  |

Bitte senden Sie die Anmeldung bis spätestens 15. Januar 2024 an:

Vereinigung Cerebral Schweiz, Zuchwilerstr. 41, 4500 Solothurn

E-Mail: ferien@vereinigung-cerebral.ch