

# Auftragsformular persönliche Ferienassistenz 2018 Procap Reisen & Sport



Wir freuen uns, Sie für ein Ferienangebot von Procap Reisen & Sport begeistern zu dürfen. Gerne nehmen wir **Ihre Anmeldung für eine persönliche Ferienassistenz und die gewünschte Ferienbuchung** entgegen.

**Aufgrund dieses Auftragsformulars werden wir für Sie eine persönliche Ferienassistenz vermitteln und einen unverbindlichen Reisevorschlag (Offerte) ausarbeiten.** Wir werden uns auf die Angaben in der Anmeldung abstützen. **Für die Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt Procap Reisen & Sport keine Verantwortung oder Haftung.** Änderungen des Gesundheitszustandes und entsprechende Folgen für die Ferienbetreuung sind rechtzeitig vor Ferienantritt zu melden. **Wir setzen für alle Ferienangebote einen gesundheitlich guten und stabilen Zustand voraus.** Bei falschen oder ungenügenden Angaben müssen wir einen Ferienabbruch oder Ferienausschluss in Betracht ziehen, Mehrkosten werden von der verursachenden Person getragen.

**Die allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen wie auch die „wichtigen Informationen für persönliche Ferienassistenz“ von Procap Reisen & Sport** sind integrierende Vertragsbestandteile und können unter [www.procap-ferien.ch](http://www.procap-ferien.ch) heruntergeladen werden, sind im aktuellen Ferienkatalog enthalten oder können bei uns angefordert werden unter Tel. 062 206 88 30.

**Procap Reisen & Sport wünscht allen schöne Ferien!**

Reiseziel: ..... Reisedatum: .....

**PERSONALIEN & ADRESSE DES/DER FERIENTEILNEHMERIN (STÄNDIGER WOHNSTZITZ)**

Anrede:  Frau  Herr

Name: ..... Vorname: .....

**Für Flugreisen müssen die Namen (inkl. Schreibweise) mit dem Pass / der Identitätskarte übereinstimmen!**

Adress-Zusatz: ..... Nationalität: .....

Strasse: ..... PLZ/Wohnort: .....

Kanton: ..... Geburtsdatum: .....

Telefon privat: ..... Telefon Geschäft: .....

Handy: ..... E-Mail: .....

**MITREISENDE PERSONEN**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Nationalität
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## PERSONALIEN & ADRESSE WICHTIGER BEZUGSPERSONEN

Name, Adresse und Telefon von erreichbaren Angehörigen oder Betreuungspersonen während den Ferien – obligatorisch und wichtig für Notfälle (Festnetz. Nr. und Handy Nr.):

.....

Name des Haus-Arztes/Ärztin: ..... Tel. Nr.: .....  
 (Im Notfall werden wir Ihren Arzt kontaktieren und Sie entbinden den/die Arzt/Ärztin im entsprechenden Umfang vom Arztgeheimnis.)

Procap Mitglied  ja, Sektion/Sportgruppe Welche: .....  
 nein

## SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER AHV / IV

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## BEHINDERUNGSFORM

(bitte kreuzen Sie die zutreffenden Behinderungsformen an)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geistigbehindert   | <input type="checkbox"/> Sprachbehindert     | <input type="checkbox"/> Suchtbehindert       |
| <input type="checkbox"/> Lernbehindert      | <input type="checkbox"/> Hörbehindert        | <input type="checkbox"/> ohne Behinderung     |
| <input type="checkbox"/> Körperbehindert    | <input type="checkbox"/> Sehbehindert        | <input type="checkbox"/> Weitere Behinderung: |
| <input type="checkbox"/> Psychischbehindert | <input type="checkbox"/> Krankheitsbehindert | .....   |

Genauere Bezeichnung der Behinderung / Krankheit: .....

.....

Bemerkungen: .....

.....

## MOBILITÄT



### ➔ Für FussgängerInnen:

- Ich kann  mehr als eine Stunde marschieren/wandern  einige Schritte gehen/wandern  
 ca. 30 Minuten gehen/wandern  ich gehe nicht gerne  
 ich benötige bei Ausflügen einen Rollstuhl

### ➔ Für RollstuhlfahrerInnen:

- Ich kann  gehen  auf normalen Carsitz umsitzen  beim Transfer mithelfen  
 stehen  in ein Auto/Taxi umsitzen  nur im Rollstuhl transportiert werden  
 Treppen steigen

Ich bin auf den Rollstuhl angewiesen:  immer  teilweise  unterstützt durch Motor

Können Sie den Rollstuhl selber fahren?  ja  nein  teilweise

Handrollstuhl faltbar?  ja  nein

Elektrorollstuhl  Nassbatterie  Trockenbatterie

Rollstuhlmasse: Länge: .....cm Breite: .....cm Höhe: .....cm

Gewicht: .....kg Rollstuhl-Typ/-Marke: .....

Sonstiges / Bemerkungen z.B. zusätzlicher Rollstuhl, weitere Hilfsmittel, wie Rollator, Swisstrac etc. (inkl. Mass/Gewicht): .....

## KRANKHEITEN / AUFFÄLLIGKEITEN

Epilepsie  Typ „Grand mal“  Typ „Petit mal“

- letzter Anfall: .....
- übliche Frequenz der Anfälle: .....
- Symptome vor einem Anfall: .....
- Symptome bei einem Anfall: .....
- angepasstes Verhalten: .....

Diabetes  Insulin-Spritze: ja  Insulin-Spritze: nein

- Spezielle Hinweise: .....

Herzkrankheit/-fehler welche: .....

Asthma Art: .....

Allergie welche/auf was: .....

Depression welche Auswirkungen: .....

Wahrnehmungsstörungen welche: .....

Sehprobleme welche: .....  
Hilfsmittel: .....

Hörprobleme welche: .....  
Hilfsmittel: .....

Sprachstörung welche: .....  
Hilfsmittel: .....

Spastik Bemerkungen: .....

Inkontinenz Form: .....  
Schutzmöglichkeit: .....

andere welche: .....

Letzte Starrkrampfpimpfung (Tetanus) Datum: .....

Genauere Bezeichnung der Krankheiten/Auffälligkeiten: .....

.....

## PFLEGE

Sind Sie **selbständig** bei alltäglichen Handhabungen?  ja  nein  teilweise

Selbständigkeit	100%	75%	50%	0%	Bemerkung / Art der Hilfestellung
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Fortbewegung im Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Fortbewegung draussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Orientierung in Unterkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Waschen/Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Spezielle Hilfestellungen, welche in den Ferien benötigt werden: .....

Brauchen Sie Pflege in der Nacht?  ja  nein  wenn ja, welche? .....

Grundsätzlich können wir während der Nacht keine Assistenz oder Kontrollgänge anbieten!

Benötigen Sie spezielle Utensilien?  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Einlagen, Handschuhe, Katheter, etc.): .....

Alle benötigten Utensilien wie Einlagen, Handschuhe für Pflege, Urinbeutel, Molidress, Bettflaschen und Urinflaschen sind von den Teilnehmer/innen selber mitzunehmen. Fehlende Utensilien müssen nachgeschickt werden oder werden vor Ort in Rechnung gestellt!

Genauere Bezeichnung der alltäglichen und Ferien spezifischen Hilfeleistungen (evtl. Pflegeplan u.ä. Dokumente beilegen): .....

## ASSISTENZBEDARF

Für Hilfestellungen/Assistenz wird der Assistenzbedarf berechnet. Als Basis dient Ihr Unterstützungsbedarf. Dieser sollte den notwendigen Hilfeleistungen im Alltag entsprechen (vgl. Tagespauschale „persönliche Ferienassistenz“ Katalog S. 8 und Assistenzzuschlag Katalog S. 40).

**Assistenzstufe / Pflegebedarf / Betreuungsbedarf (vgl. Assistenzzuschlag S. 40 im Katalog) :**

- keine
- Pflegestufe 1 entspricht Assistenzstufe 50 %
- Pflegestufe 2 entspricht Assistenzstufe 75 %
- Pflegestufe 3 – 4 entspricht Assistenzstufe 100 %

Gemäss dem Assistenzbedarf wird auch der finanzielle Beitrag an die persönliche Ferienassistenz berechnet. Neben den Kosten des Ferienarrangements für die persönliche Ferienassistenz (Transport, Unterkunft, Verpflegung Vollpension) wird die Tagespauschale entsprechend dem Assistenzbedarf verrechnet (siehe Katalog S. 8).

**MEDIKAMENTE (Die mitgenommene Menge muss mindestens für die ganze Feriendauer reichen!)**

Benötigen Sie regelmässig Medikamente?  ja  nein

Abgabe und Kontrolle soll durch Ferienbegleitung erfolgen  ja  nein

Bitte untenstehende Tabelle auch ausfüllen oder Medikamentenplan beilegen, wenn Sie keine Hilfe benötigen bei der Einnahme und Anwendung von Medikamenten.

Aktuelle Medikamente	Zweck / Bemerkungen	morgens	mittags	abends	nach 20h

Vom Arzt/von der Ärztin vorgeschriebene Vorsichtsmassnahmen oder wichtige Bemerkungen zu den Medikamenten: .....

.....

**Veränderter Zustand vor Ferienantritt:**

➔ Wenn sich betreffend Medikation, allg. Gesundheitszustand oder Pflege vor Ferienantritt etwas ändert, ist eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung an Procap Reisen & Sport obligatorisch (vgl. Allgemeine Vertrags- und Reisebedingungen, Ziffer 2.5.)!

**ALLGEMEINE FRAGEN**

Körpergewicht .....

Körpergrösse .....

Können Sie verständlich sprechen?  ja  nein

Brauchen Sie Diät? Wenn ja, welche?  ja  nein .....

Können Sie ohne Hilfe schwimmen?  ja  nein

Benötigen Sie Auftriebsmittel beim Schwimmen?  ja  nein .....  
(Flügeli, Schwimmwesten etc. sind selber mitzubringen)

Können/Dürfen Sie tauchen?  ja  nein

Welche Tätigkeiten dürfen Sie nicht ausüben? .....

Rauchen Sie?  ja  nein

Dürfen Sie Alkohol trinken?  ja  nein

Können Sie das Taschengeld selbständig verwalten?  ja  nein

Was löst bei Ihnen Unbehagen aus? .....

.....

Was hilft Ihnen, sich wohl zu fühlen? .....

.....

Besonderheiten, Bemerkungen, welche die Assistentzperson wissen sollte: .....

.....

## FRAGEN ZUM SOZIALEN LEBEN

- Wohnsituation  Institution  alleine  Familie  
 andere Wohnsituation: .....
- Ausgang in fremder Umgebung ohne Betreuung möglich: tagsüber  ja  nein  
am Abend  ja  nein
- Sexuelle Besonderheiten, welche die Assistenzperson von Ihnen wissen muss: .....

## UNTERKUNFT

- Ich wünsche  Hotel  
 Studio  
 Appartement  
 Bungalow

Sonstige: .....

- Kategorie**  Bergsicht  Meersicht  Superior  RS-Zimmer  andere: .....  
 Touristenklasse (1-2 Sterne)  Mittelklasse (3-4-Sterne)  
 Erstklasshotel (5 Sterne)

- Mahlzeiten**  Frühstück  Halbpension  Vollpension  ohne Mahlzeiten  
 Vegetarier  Sonstiges/Allergien: .....

Sie benötigen ein rollstuhlgerechtes Badezimmer  ja  nein

Mit welchen erforderlichen Hilfsmitteln?  
.....

**REISEBUDGET** Total ca. CHF ..... (inkl. Reise, Unterkunft etc. gem. Ihrem Wunsch, inkl. Assistenz)

**AUSWEISE** Bitte vorhandene Ausweise ankreuzen und unbedingt in die Ferien mitnehmen!

- Ich besitze:  GA  SBB-Begleitkarte (für Reisende mit einer Behinderung)  
 ½ Tax-Abo  IV- Ausweis

## VERSICHERUNG

Eine Annullationskosten- und Rückreiseversicherung ist für alle Reise-Teilnehmenden obligatorisch. Bitte überprüfen Sie Ihre persönliche Kranken- und Unfallversicherung vor Antritt der Ferien. Wir empfehlen bei Auslandsferien für den Rollstuhl eine Gepäckversicherung abzuschliessen.

- Ich bestätige, dass ich und allfällige Mitreisende über eine private Annullationskosten- und Rückreiseversicherung verfüge(n) und verzichte hiermit auf die obligatorische Versicherung.**  
Versicherungsname: .....
- Ich verfüge / Wir verfügen über keine private Annullationskosten- und Rückreiseversicherung und möchte deshalb diese obligatorische Versicherung für dieses Reisearrangement abschliessen.**

**Krankenkasse (Name und Policennummer):** .....

**Unfallversicherung (Name und Policennummer):** .....  
(bitte entsprechende Versicherungskarten in die Ferien mitbringen)

## **FOTOS**

Ich bin einverstanden damit, dass Ferienfotos von mir verwendet werden...

... auf der mit Passwort geschützten Procap-Fotogalerie: [www.procapgalerie.goswim.ch](http://www.procapgalerie.goswim.ch)  ja  nein

... zur Bekanntmachung von Procap in der Öffentlichkeit  
(Vorträge, Drucksachen, Facebook, Internetseite)  ja  nein

## **AUFTRAG**

- Der/Die Teilnehmende oder seine/ihre gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die gemachten Auskünfte genau und vollständig sind und die entsprechenden Voraussetzungen zu diesem Ferienangebot erfüllt. Allfällige Änderungen des Allgemeinzustandes oder Assistenzbedarfs werden umgehend Procap gemeldet. Er/Sie ist damit einverstanden, dass die gemachten Angaben, soweit für die Reise notwendig, an Dritte weitergegeben werden.**
- Der/Die Teilnehmende oder seine/ihre gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die Allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen von Procap Reisen & Sport oder diejenigen des entsprechenden Reiseveranstalters Vertragsbestandteil sind.**
- Ich beauftrage Procap Reisen, Frohburgstrasse 4, 4601 Olten, mir einen unverbindliche Reisevorschlag zukommen zu lassen (Bearbeitungsgebühr gemäss Punkt 5.2.unserer Allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen).

Datum: ..... Unterschrift des Feriengastes: .....

Zustimmung  der Eltern /  des Beistands (zutreffendes ankreuzen):

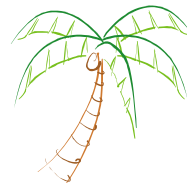
Name und Adresse: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....  
*Unterschriften „in Auftrag“ oder „in Vertretung“ sind nicht rechtsgültig.*

Rechnung geht an: .....

Reisedokumente gehen an: .....

**Procap Reisen & Sport wünscht  
Ihnen schöne Ferienerlebnisse!**



**Diesen Auftrag senden Sie bitte an:**