



## Fragebogen für neue Kund\*innen

Bitte zusammen mit der Reiseanmeldung ausgefüllt zurückschicken.

Mit diesem Fragebogen möchten wir einige Informationen zu Ihrem Assistenzbedarf von Ihnen bzw. Ihren Angehörigen einholen, damit wir uns gut auf die gemeinsame Zeit vorbereiten können.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Sind Sie eher ...?  kontaktfreudig  zurückhaltend

evtl. Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand? Gibt es Einschränkungen der Belastbarkeit?

(z.B. bei Sport, Wanderungen, usw.) \_\_\_\_\_

Bestehen Einschränkungen in der Mobilität?  ja  nein

Wenn ja, welche Hilfsmittel benötigen Sie?:  Geh-Hilfe  Rollator  falt-Rollstuhl  
 Rollstuhl  E-Rollstuhl

Sind sie umsetzbar?  ja  nein

Sonstige Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Wie kommunizieren Sie?  verbal  nonverbal  Gebärden

Bemerkungen/Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Brille, Hörgeräte oder ähnliches? Was ist zu beachten?

Können Sie sich alleine orientieren und ggf. ohne Aufsicht bewegen?

im Ferienhaus/Hotel:  ja  nein

auf dem Gelände der/s Ferieneinrichtung/Hotels:  ja  nein

am Ferienort (Ort/Stadt):  ja  nein

Wie ist Ihr Unterstützungsbedarf bei ...

Bekleidung:	selbständig	mit Anleitung/Kontrolle	durch Betreuer*in
Kleidungs Auswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koffer aus- und einpacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mahlzeiten:

Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Körperhygiene:

Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatshygiene / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seite **Besteht eine Anfallsbereitschaft?**  ja  nein

**2**

von **2**

Wenn ja, Häufigkeit der Anfälle, letzter Anfall? \_\_\_\_\_

Was kann einen Anfall auslösen? \_\_\_\_\_

Wie ist mit einem Anfall umzugehen? \_\_\_\_\_

**Diagnose der Behinderung:** \_\_\_\_\_

**Wird erhöhte Aufsicht benötigt?**  ja  nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

**Kann es zu Problemen in Konfliktsituationen kommen, und wie ist damit umzugehen?**

z.B. bei Unruhe, Lärm, Zeitdruck usw. \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine behandlungsbedürftige Erkrankung, chronische Krankheiten oder Infektions-Krankheiten, die während des Aufenthaltes akut werden könnten?** (z.B. Neurodermitis, Diabetes, Hepatitis usw.)  ja  nein

Wenn ja, welche und was ist zu beachten? \_\_\_\_\_

**Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten, muss eine Diät eingehalten werden?** (Nahrungsmittel / Tierhaare / Pollen oder Gräser / Medikamente / Impfstoffe oder Sonstige?)  ja  nein

Wenn ja, welche und was ist zu beachten? \_\_\_\_\_

**Wie sind Ihre Schlafgewohnheiten? Gibt es besondere Rituale?** \_\_\_\_\_

**Welchen Betreuungsschlüssel benötigen Sie?** (Bitte berücksichtigen Sie, dass die die Betreuung auf der Reise von fremden Personen in einem unbekanntem Umfeld durchgeführt wird! 1:1 bedeutet ein\*e Betreuer\*in betreut ein\*e Urlauber\*in, 1:2 ein\*e Betreuer\*in betreut zwei Urlauber\*innen usw.)

1:3  1:2  1:1

**Bis hierher haben wir viele Fragen an Sie gehabt. Möglicherweise gibt es aber noch weitere wichtige Informationen und Hinweise, die wir nicht abgefragt haben, und die Sie uns mitteilen möchten:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte den Fragebogen zusammen mit der Reiseanmeldung zurücksenden:

Mit der **Post** an: **Lebenshilfe gGmbH – Familienentlastende Dienste**  
Dohnagestell 10, 13351 Berlin

Oder per **Fax** an: **030 6.000.00-25**

Oder per **E-Mail** an: **fed@lebenshilfe-berlin.de**

**Danke!**

Fragebogen für neue Kund\*innen

