

**Bei bedingten Einschränkungen der Mobilität** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- gehbehindert, aber gehfähig (z. B. mit Stützen)
- gehbehindert, auf zusätzliche Hilfe durch Betreuer angewiesen

**Bei geistiger Behinderung**

Welche Hilfen sind bei bestimmten Verhaltenssituationen des Reiseteilnehmers erforderlich?

.....  
.....  
.....

(ergänzen Sie ggf. Ihre Betreuungshinweise noch konkreter auf einem gesonderten Blatt)

**Bei Anfallsleiden**

Wenn ja, welche? .....

In welchen Abständen? .....

Spezielle Hinweise für die Betreuer:

.....  
.....  
.....

**Bei Allergien**

Wenn ja, worauf?

.....  
.....

**Der Reiseteilnehmer ist Diabetiker**

ja

nein

**Der Reiseteilnehmer benötigt ständig Medikamente**

ja

nein

Wenn ja, welche und Angaben zur Dosierung:

.....  
.....  
.....

**Der Reiseteilnehmer benötigt Unterstützung beim**

Essen

Waschen

Ankleiden/Auskleiden

Aufstehen aus dem Bett

Lagern zur Nachtruhe

Medikamenteneinnahme

Gibt es sonstige Dinge, die für die Betreuung und pflegerische Fürsorge während des integrativen Ferienlagers von Bedeutung sind?

.....  
.....  
.....

Entgegen aller Erwartungen kann es während der Reise zu akuten gesundheitlichen Problemen kommen. Für jede ärztlich notwendige Behandlung wird Ihre Zustimmung benötigt. Da es oft sehr schwierig ist, in kürzester Zeit diese Zustimmung zu erhalten, erklären wir bereits jetzt allen medizinisch sinnvollen und notwendigen ärztlichen Maßnahmen zuzustimmen, die bei einem medizinischen Notfall notwendig sind: **JA / NEIN**

Ich bestätige, dass ich dem Reiseveranstalter alle notwendigen Hinweise für die Betreuung des Reiseteilnehmers mitgeteilt habe.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Sorgeberechtigten

Sollte auf diesem Formular der Platz für die Angaben nicht ausreichend sein, fügen Sie bitte ein Zusatzblatt an!