

# Infobogen 2026

(Bitte gut lesbar ausfüllen)

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Reiseziel: \_\_\_\_\_

Bitte Foto  
einfügen

Art der Behinderung:					Ja	Nein
Schwerbehindertenausweis?		Grad der Behinderung _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B im Ausweis?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertmarke vorhanden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:				Krankenversicherungsnr.:		

Besonderheiten:	Ja	Nein
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie ( <b>Bitte Anhang ausfüllen</b> ) Wann war der letzte Anfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien/ Unverträglichkeiten Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benötige Medikamente ( <b>Bitte Anhang ausfüllen</b> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie alle Fragen, damit wir gut planen können. Vielen Dank!

Hilfsmittel	Ja	Nein		Ja	Nein
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, umsetzen in den Bus möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletten/Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen oder Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Infobogen 2026

## Ernährung

<input type="checkbox"/> Normale Kost	<input type="checkbox"/> Vegetarisch
<input type="checkbox"/> Kein Schweine-Fleisch	<input type="checkbox"/> Ich brauche püriertes Essen
<input type="checkbox"/> Ich kann alleine essen	<input type="checkbox"/> Mir muss das Essen gegeben werden
<input type="checkbox"/> Ich habe Hilfs-Mittel:	
<input type="checkbox"/> Ich darf Alkohol trinken	<input type="checkbox"/> Ich darf keinen Alkohol trinken

## Verständigung

Ich höre	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> Ich trage ein Hör-Gerät	<input type="checkbox"/> taub
Ich sehe	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> Ich trage eine Brille	<input type="checkbox"/> blind
Ich spreche	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> kurze Sätze	<input type="checkbox"/> einzelne Worte	
	<input type="checkbox"/> nicht	ich habe ein Hilfs-Mittel:		
Ich verstehe	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> Leichte Sprache	
Ich kann	<input type="checkbox"/> lesen	<input type="checkbox"/> rechnen	<input type="checkbox"/> schreiben	
Ich kenne	<input type="checkbox"/> Datum	<input type="checkbox"/> Uhr-Zeit	<input type="checkbox"/> Jahres-Zeit	
Ich kann mit Geld umgehen			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich habe Angst vor: \_\_\_\_\_

Dann verhalte ich mich so: \_\_\_\_\_

Helfen würde mir: \_\_\_\_\_

## Bewegung

Ich laufe	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> an der Hand	<input type="checkbox"/> mit Rollator
Ich laufe von der Gruppe weg	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ich kenne die Verkehrs-Regeln	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ich kann mich orientieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ich habe einen Roll-Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich kann kurze Strecken zu Fuß gehen	
<input type="checkbox"/> Ein paar Stufen überwinden	<input type="checkbox"/> Ich kann in ein Auto umsitzen		
<input type="checkbox"/> Ich habe einen E-Roll-Stuhl	<input type="checkbox"/> Ich brauche jemand, der mich schiebt		

## Körper-Pflege

Ich gehe auf die Toilette	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Erinnerung
Ich trage	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Einlagen	
Ich habe einen	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Urin-Beutel	<input type="checkbox"/> Urin-Flasche
Ich brauche diese Hilfe:			

# Infobogen 2026

## Hobbys

<input type="checkbox"/> Fernseh gucken	<input type="checkbox"/> Malen	<input type="checkbox"/> Basteln	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Sport
<input type="checkbox"/> Sonstiges:				

## Sozialverhalten

<b>Gruppenverhalten</b>	<input type="checkbox"/> integriere mich	<input type="checkbox"/> eher schüchtern
	<input type="checkbox"/> ziehe mich zurück	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig/offen
	<input type="checkbox"/> brauche eine Bezugsperson	<input type="checkbox"/>

Was müssen wir über Verhaltensweisen wissen (z.B. ängstliche oder aggressive Verhaltensweisen?): \_\_\_\_\_

Was kann **Stress** auslösen? \_\_\_\_\_

<b>Verhalten in Stresssituationen</b>	<input type="checkbox"/> werde nervös	<input type="checkbox"/> werde aggressiv gegen mich selbst
	<input type="checkbox"/> schnell aufbrausend	<input type="checkbox"/> werde aggressiv gegen andere
	<input type="checkbox"/> laufe weg	<input type="checkbox"/> werde aggressiv gegen Gegenstände

Wie sollte gegebenenfalls reagiert werden? \_\_\_\_\_

## Badeerlaubnis

Badeerlaubnis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann schwimmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/> Schwimmflügel <input type="checkbox"/> Schwimmgürtel <input type="checkbox"/> Schwimmbrett	

☐ Als gesetzliche Vertretung erkläre ich mich damit einverstanden, dass er/sie während eines Angebots unter Aufsicht entweder in einer öffentlichen Badeanstalt oder an Stellen, an denen das Baden allgemein zulässig ist, baden darf.

# Infobogen 2026

## Sonstiges

Was sollten wir sonst noch wissen und beachten (Rituale, Gewohnheiten, Verhalten in neuen Situationen und unbekannter Umgebung)? \_\_\_\_\_

---



---



---

## Reiseangebot mit Übernachtung

Falls Sie an einem Reiseangebot mit Übernachtung teilnehmen möchten: Gibt es Besonderheiten beim Schlafverhalten (z.B. besonderer Schlaf-Wach-Rhythmus, frühe Aufstehzeit, etc.)

---



---



---

## Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Matratzenschoner	<input type="checkbox"/> Lagerungskissen
<input type="checkbox"/> Schlafmaske	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

## Anlage:

- ☐ Medikamentenplan
- ☐ Fragebogen für Menschen mit epileptischen oder sonstigen Anfällen

Ort und Datum	Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)