

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:	Krankenver- sicherungsnr.:		

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

Hobbies

<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

Gruppenverhalten	<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? _____

Verhalten in Stresssituationen	<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)