

Fair - Reisen und Mehr

für Menschen mit Behinderung



Hilfebedarfsbogen Teil 2

SEITE 4 / 4

Dieses Seite / diese Informationen werden der Reiseleitung / den Reisehelfern für die Reise zur Verfügung gestellt!

Angaben zur Reise:

Reise-Nummer	Reise-Ziel	Reise-Zeitraum

Hilfebedarf im Bereich der Alltagsbewältigung:

Ich brauche folgende Hilfe	ja	nein	Erinnerung	Ergänzungen
bei meiner Zimmerordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Bekleidung / Auswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Urlaubsgeldverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Aufsicht meiner Wertgegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei Entscheidungen für meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hilfebedarf im Bereich meiner Mobilität:

Meine Mobilitätseinschränkung ist bedingt durch: Sehbehinderung Arme/Hände Beine Rücken

Ich bewege mich im Haus wie folgt fort: Rollator Rollstuhl ohne Hilfsmittel Sonstiges:

Ich bewege mich außwärts wie folgt fort: Rollator Rollstuhl ohne Hilfsmittel per Einhaken / an der Hand

Ich beherrsche:

	gar nicht	mit Hilfe	selbstständig	Ergänzungen
Meine Fortbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mich umzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ein- / Ausstieg in Fahrzeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unebenheiten zu überwinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Steigungen zu überwinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenige Stufen zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppen zu steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WC-Nutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dusch-Nutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hilfebedarf im Bereich meiner Körperhygiene / Pflegesituation:

Ich brauche folgende Hilfe

	ja	nein	Erinnerung	Ergänzungen
beim Be- und Entkleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Rasur / der Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
der Grundpflege meines Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Inkontinanzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei meinen Toilettengängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim zu Bett gehen / Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim An- / Ausziehen meiner Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
in kleineren Bereichen, z.B. Eincremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Körperpflege findet wie folgt statt: im Bett in der Dusche Sonstiges:

Angaben zur nächtlichen Versorgung (zwischen 23.00 Uhr - 07.00 Uhr):

Kurzbeschreibung meiner Schlafgewohnheiten / -besonderheiten:

Ich schlafe gerne: auf dem Rücken auf dem Bauch rechtsliegend linksliegend
 bei offener Türe bei geschlossener Türe mit Nachtlicht im dunklen
 aus (Langschläfer) alleine (ggf. Einzelzimmerwunsch)

Zu folgenden Zeiten besteht nächtlicher Hilfebedarf: gelegentlich regelmäßig / nächtlich

Zeit- / Interval: Grund:

Angaben zu besonders intensivem Hilfebedarf:

Ein intensiver Hilfebedarf / eine enge Begleitung ist aufgrund folgender Punkte wichtig:

- Unfallrisiko / Orientierungslosigkeit Gefährdung der eigenen Person / anderer Personen durch mein Verhalten
- aufgrund meines sehr hohen Pflegebedarfes aufgrund folgender Verhaltensauffälligkeiten:
- aufgrund folgender Grunderkrankung: Sinnesbehinderung / Schwerstmehrfachbehinderung / Autismus / Epilepsie
- da ich zwar im Gruppenverbund verreisen möchte, aber auch meine Rückzugsmöglichkeiten / Einzelbegleitung benötige

Kurzbegründung / -erläuterung:

Alle Informationen sind nach aktuellem Stand und bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt!

Ort, Datum:

Unterschrift:

Telefon: 02161 / 9677955 Mail: kontakt@fair-reisen-und-mehr.de

Stand: 10/2023