TAB Freizeit und BildungFelsenstrasse 11  
8570 Weinfelden  
freizeit@tab-thurgau.ch  
071 622 37 55

**Gesundheits-Formular - TABular**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien Teilnehmer\*in** | |
| Nachname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ/Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Email | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **24h Notfall- Telefonnr.** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ich besitze ein: | GA  Halbtax  Begleitausweis |
| Einzelzimmer gewünscht  (gegen Aufpreis) | JA  NEIN |
|  |  |
| **Institution / Wohnheim** | |
| Email | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Arbeitgeber** |  |
| Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Name** | **Telefon** | **Email** |
| Beistand | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bezugsperson | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Eltern | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden!*** | |
| Krankenkasse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Unfallversicherung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Reiseversicherung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hausarzt** | |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Beeinträchtigung / Krankheit** (bitte alles was zutrifft ankreuzen) |
| Geistige Beeinträchtigung |
| Trisomie 21 |
| Cerebrale Parese |
| Form von Demenz |
| psychische Beeinträchtigung |
| körperliche Beeinträchtigung |
| Autismus Spektrum Störung |
| Hilfsmittel – bitte ankreuzen:  Rollstuhl Rollator  andere Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Krankheiten/Allergien |
| benötigte Medikamente |
| Nahrung/Diät |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind Allergien bekannt? | **Ja** | **Nein** |
| Wenn ja welche? | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |

|  |
| --- |
| **Genaue Bezeichnung der Beeinträchtigung im Alltag** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |

|  |
| --- |
| **Wichtiges im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung/Krankheit** |
| Wie zeigt sich eine Überforderung? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |
|  |
|  |
| Was hilft bei einer Überforderung? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alltag** |  |  |  |
|  | selbständig | brauche Erinnerung und / oder Kontrolle | unselbständig |
| Medikamente |  |  |  |
| An-, Auskleiden |  |  |  |
| Waschen / Körperhygiene |  |  |  |
| Essen |  |  |  |
| WC |  |  |  |
| **Schwimmen** |  |  |  |
| Ich benötige eine Schwimmhilfe? | Ja  Nein | | |
| **Gehen** |  |  |  |
| Ich kann folgende Distanz gehen: | 500m-1km  1km -3 km  3-5 km oder mehr | | |
| Besonderheiten zum  Gehen / Wandern: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alltag** |  |  |  |
|  | einwandfrei | Bedingt / mit Hilfe | Keine Kenntnisse |
| lesen |  |  |  |
| schreiben |  |  |  |
| sprechen |  |  |  |
| Uhr kennen |  |  |  |
| Umgang mit Geld |  |  |  |
| Reisen |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Betreuungsschlüssel** |
| Für die TAB-Ferien gilt standardmäßig ein Betreuungsschlüssel von 1:5 oder 1:4 ohne Nachtwache (ein Betreuer für vier Teilnehmende). Auf Wunsch kann eine intensivere individuelle Betreuung gegen Aufpreis hinzugebucht werden.  Bitte wählen Sie die gewünschte Betreuungsoption: |
| 1:5 **Ohne grossen Begleitungsbedarf.** |
| 1:4 **Geringer Begleitungsbedarf** – nur verbale Anleitungen |
| 1:3 **Mehr Begleitungsbedarf** (+ 10 % Aufschlag)  Tägliche individuelle Anleitung und z.B. Einzelbetreuung bei der Körperhygiene. |
| 1:2 **grosser Pflege-, Struktur- und Begleitungsbedarf** (+ 25 - 50 % Aufschlag)  Intensive und umfassende Betreuung innerhalb der Gruppe und während des gesamten Ferienprogramms.  z.B. Tägliche physische Unterstützung und Einzelbetreuung bei der Körperhygiene, Unterstützung beim Toilettengang sowie beim An- und Auskleiden.  Einzelbegleitung bei Spaziergängen und Unterstützung bei der Benutzung von Stützstrümpfen, Rollator und Rollstuhl. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medikation** | | | |
| Teilnehmende sind verpflichtet, sämtliche benötigten Medikamente selbst mitzubringen. Reiseteams dürfen keine zusätzlichen Medikamente abgeben. Daher bitten wir darum, u.A. Schmerzmittel als Reserve mitzugeben. | | | |
| Ich brauche Medikamente: | | Ja | Nein |
| Welches: | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
|  | Mit Essen | Vor dem Essen | Nach dem Essen |
| Morgen |  |  |  |
| Mittag |  |  |  |
| Abend |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Beschreibe detaillert wichtiges im Zusammenhang mit dem Alltag** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |
| **Lieblingsbeschäftigungen und Hobbys** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alkohol und Rauchen** | | | |
|  | Ja | Nein | Nur in Begleitung |
| Alkohol |  |  |  |
| Rauchen |  |  |  |
| Menge, Besonderes: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lebensmittel-Allergie** |  |  |
|  | Ja | Nein |
| Laktosefrei |  |  |
| Glutenfrei |  |  |
| Schweinfleisch-frei |  |  |
| Vegetarisch |  |  |
| Andere / Bemerkungen: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Weitere spezielle Ernährung muss selber mitgebracht und im Vortreffen besprochen werden. | | |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich:**

Alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Zusätzliche relevante Unterlagen, wie Redline- oder Dossier-Ausdrucke, werden beim Vortreffen dem Reiseteam übergeben.

Mein Einverständnis, dass während der Veranstaltung erstelltes Bildmaterial in den Publikationen der TAB (wie Website, soziale Medien, Printmedien und Werbeflyern) genutzt werden darf. Das Urheberrecht der Bilder verbleibt bei der TAB und wird nicht an Dritte übertragen. Falls keine Veröffentlichung gewünscht ist, nehme ich direkt Kontakt mit TAB Thurgau auf.

Meine Zustimmung, dass mein Gesundheitsformular an die Hauptleitung sowie an das gesamte Reiseleiterteam weitergeleitet werden darf.

Mit Abgabe des Gesundheitsformulars gelten die Teilnahmebedingungen als akzeptiert. Die **Reise-Versicherung** ist Sache der Teilnehmenden. Es wird **dringend** empfohlen, eine Versicherung abzuschliessen.

**Datum und min. 1x Unterschrift:**

Teilnehmer/in;  Bezugsperson,  Eltern  Beistand

* **Sie können das Formular ausdrucken und unterschreiben.**
* **Sie können eine elektronische Unterschrift hochladen.**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**So kann das Formular geschickt werden:**

* **Per Post an TAB Freizeit und Bildung, Felsenstrasse 11, 8570 Weinfelden**
* **Online hochladen auf: tab-thurgau.ch/buchungferien**
* **Oder direkt per Mail an** [**cecilia.evenblij@tab-thurgau.ch**](mailto:cecilia.evenblij@tab-thurgau.ch)

**Besten Dank.**