

# Begleitbogen Reisebüro

Liebe Urlauberin, lieber Urlauber,

wir freuen uns, dass Sie sich die Zeit nehmen, die folgenden Fragen zu beantworten. Wir wollen Sie während Ihrer Urlaubsreise gut begleiten. Daher ist es wichtig, dass Sie die Fragen so genau wie möglich beantworten.

Vielen Dank

Ihre Lebenshilfe Dresden

**Name:**

---

**Vorname:**

---

**geboren:**

---

## Biografisches

**Wichtige persönliche Ereignisse, die für eine Reise relevant sind (z.B. anstehende Geburt in der Familie, Geburtstage, Verlust wichtiger Menschen):**

## Art der Behinderung/Diagnosen

**Diagnose/n (genaue Beschreibung zur Person):**

**Erkrankungen:**

**Diabetes:**  nein  ja: für genaue Informationen siehe Anlage Diabetes

**Allergien:**  nein  ja: für genaue Informationen siehe Anlage Allergien

**Anfallserkrankungen:**  nein  ja: für genaue Informationen siehe Anlage Anfallserkrankungen

**Sonstige Erkrankungen (z.B. Asthma, Bluthochdruck Multiple Sklerose, Parkinson, Rheuma):**

nein  ja (wenn ja, bitte nähere Beschreibungen)

**Medikamente:**

Dauermedikamente  Bedarfs-/Notfallmedikamente (siehe Medikamentenbogen)

**Ärztlich verordnete Maßnahmen (z.B. Katheterisierung, Absaugen, Wundversorgung, Blutdruckmessung):**  nein  ja (wenn ja, bitte nähere Beschreibungen)

Viele ärztlich verordnete Maßnahmen müssen durch einen Pflegedienst erbracht werden. Wir beraten Sie dazu gern.

**Hilfsmittel/Medizinprodukte**

Brille  Kontaktlinsen  Zahnprothese  Zahnspange  Hörgerät  Kompressionsstrümpfe

Rollstuhl  Rollator  Buggy  Gehhilfe: \_\_\_\_\_

Bei Rollstuhl:  Klapprollstuhl  E-Rollstuhl klappbar:  ja  nein

Bei Beförderung umsetzbar:  ja  nein

Prothesen/Orthesen/Einlagen/Schienen: \_\_\_\_\_

Kommunikationshilfsmittel: \_\_\_\_\_

Sonstiges Medizinprodukte (z.B. Lifter, Toilettenstuhl, Duschrollstuhl): \_\_\_\_\_

---

**Hinweise zur Nutzung der Hilfsmittel/Medizinprodukte:**

**Hausarzt**

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

## Beweglichkeit

Ich kann...	Ja	Nein	Bemerkungen
...Treppen steigen?			
... allein und ohne Aufsicht im Haus bleiben?			
... allein und ohne Aufsicht etwas unternehmen (z.B. Ausflug, Einkaufen)?			
Besteht Sturzgefahr?			
Besteht Gefahr eines Druckgeschwürs (Dekubitus)?			
Ich brauche Unterstützung beim Laufen?			
Ich kann folgende Strecke laufen/spazieren:	Kilometer	Meter	
Meine Körpergröße:		Meter	
Mein Körpergewicht:		Kilogramm	

**Weitere körperliche Einschränkungen (z.B. bei langem Stehen/Sitzen) / Sonstiges:**

## Orientierung, Wahrnehmung, Kommunikation

	Ja	Nein	Bemerkungen
Ich kann mich in fremder Umgebung orientieren?			
Ich brauche Hilfsmittel beim Sprechen?			Wenn ja, bitte unten angeben.
Ich kann Gefahren/Risiken erkennen?			
Ich kann meine Bedürfnisse mitteilen: z.B. Hunger/Durst, Schlafen, Gefühle?			

**Hinweise (z.B. individuelle Zeichen, Sprache, Mimik, Gestik):**

## Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das trifft auf mich zu:	Ja	Nein	Bemerkungen
Motorische Verhaltensbesonderheiten (z.B. Umherlaufen, Schaukeln)?			
Weglaufen?			
Nächtliche Unruhe, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus?			
Andere verletzen/gefährden?			
Beschädigung von Gegenständen?			
Verbale Aggression (z.B. Beschimpfen, Drohen)?			
Aneignung von fremden Eigentum?			
Andere Sprachbesonderheiten (z.B. Stottern, Wiederholen)?			
Abwehr von unterstützenden Maßnahmen (z.B. Pflege)?			
Distanzlosigkeit?			
Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen?			
Ängste?			
Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage?			

**Hinweise (z.B. Umgang mit Aggressionen, Abneigungen):**

**Wer oder was löst Stress aus (z.B. bestimmte Gegenstände, Kinderlärm):**

**Was hilft, um mit Stress gut umzugehen (z.B. in Ruhe lassen, Gespräch, Musik hören):**

## Selbstversorgung

Ich kann (mich)...	Ja	Nein	Bemerkungen
... an- und auskleiden?			
... duschen/baden?			
... meine Zähne / Prothese reinigen?			
... rasieren?			
... Haare waschen?			
... um meine Monatshygiene kümmern?			
... Wäsche wechseln?			
... die Toilette benutzen?			
... den Toilettenstuhl benutzen?			
... essen?			
... trinken?			
... die Menge einschätzen?			
... Alkohol trinken?			
Gibt es oder gab es Suchterkrankungen, die berücksichtigt werden sollten?			

**Hinweise (z.B. Tischkultur, Hilfsmittel, Mengen, besondere Ernährungsformen etc.):**

**Vorlieben beim Essen, Körperpflege, Kleidung, Schuhe, Schmuck etc.:**

## Alltagsleben und soziale Kontakte

	Ja	Nein	Bemerkungen
Ich brauche Hilfe beim Einschlafen?			
Ich schnarche?		<input type="checkbox"/>	

**Hinweise (z.B. Tagesablauf, Rituale, Glauben, Schlafgewohnheiten, Apnoe-Gerät):**

**Hobbys, Freizeitbeschäftigungen:**

**Vorlieben (z.B. Musik, Geräusche, Gerüche):**

**Bitte lesen Sie unbedingt die Einwilligungserklärung zum Datenschutz, bevor Sie den Begleitbogen unterschreiben!**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Urlauber:in / gesetzliche Vertretung

Daten wurden im Gespräch erhoben durch (Name Mitarbeiter/in): \_\_\_\_\_