

Das Dossier gibt es auch digital über Ahoi e.V. oder unter www.ahoi-inklusiv.de als download.

DOSSIER

Vorname Name der/des Reisenden



Foto der/des Reisenden

Bitte fülle die nachfolgenden Seiten gewissenhaft aus. Das hilft uns, die Reise nach Deinen Vorstellungen und Bedürfnissen zu gestalten. Bitte denke daran, uns wichtige Änderungen mitzuteilen. Wenn Du Fragen hast oder etwas nicht verstehst, darfst Du gerne bei Ahoi e.V. nachfragen.

Bitte Kopien des Behindertenausweises, des Impfpasses und ggf. von weiteren medizinischen Ausweisen beilegen!

Das Dossier besteht aus dem Fragebogen, der Datenschutzerklärung, einer Einverständniserklärung über die Aufnahme und Verwendung von Fotos und Videos, eine Einverständniserklärung zur Medikamentenvergabe durch ggf. Nicht-Pflegefachkräfte (nur wenn Du die Medikamente nicht selbstständig einnimmst sowie einer Schwimm- und Mitfahrerlaubnis (nur wenn Du eine rechtliche Betreuung hast). Diese ausgefüllten Unterlagen werden in einem verschließbaren Aktenschrank bei Ahoi e.V. aufbewahrt und für die Dauer der Reise der Leitung übergeben.

FRAGEBOGEN

DEINE PERSÖNLICHEN DATEN

Vorname, Name

Geburtsdatum

Geschlecht

- weiblich
 männlich
 divers

Anschrift

Telefonnummer

E-Mailadresse

Wohnform

- Eigene Wohnung / Eltern
 Ambulant Betreutes Wohnen
 Lebensort / Lebensgemeinschaft / Wohnheim

Tätigkeit

- Ausbildung
 Werkstatt
 FuB

Pflegegrad

- 1 2 3 4 5

KONTAKTDATEN DEINER ORGANISATION (ggf.)

Name der Organisation

Anschrift

Name Deiner/r
Hauses/Gruppe

Telefonnummer Haus/Gruppe

E-Mail Haus/Gruppe

PERSONELLE ANGABEN DEINER ANGEHÖRIGEN / ELTERN

Vorname(n) Name(n)

Anschrift(en)

Telefonnummer(n)

E-Mailadresse(n)

Der/Die Angehörige/n
ist/sind die rechtliche
Betreuung

- ja
 Nein (bitte **Personelle Angaben rechtliche Betreuung** ausfüllen)

PERSONELLE ANGABEN DEINER RECHTLICHEN BETREUUNG

Vorname Name

Anschrift

Telefonnummer

E-Mailadresse

REISEBESTÄTIGUNGS- und RECHNUNGSEMPFÄNGER

Die Reisebestätigung und die
Rechnung sollen geschickt
werden an:

- Reisende/n
 Angehörige/ Eltern
 Rechtliche Betreuung
 Organisation/Einrichtung

BEZUGSPERSONEN

Zu diesen Personen kann Ahoi e.V. während der Reise Kontakt ausnehmen, falls weder die Angehörigen, die rechtliche Betreuung noch die Einrichtung erreichbar sein sollte.

Vorname Name / Telefon

Vorname Name / Telefon

Vorname Name / Telefon

KOMMUNIKATION

Meine Muttersprache ist

Ich kann sprechen

 Ja

 Nein

Ich verwende bestimmte
Zeichen, Hilfsmittel,
Zeichensysteme zum
Kommunizieren

 Ja

 Nein

Falls ja, welche?

(z.B. Gebärdensprache, Karten,
unterstützte Kommunikation, usw.)

Diese Wörter / Themen sind
mir wichtig:

SELBSTSTÄNDIGKEIT

Ich kann

 lesen

 schreiben

 rechnen

Mein Taschengeld verwalte
ich selbst

 Ja

 Nein

(das Taschengeld wird in diesem Fall vor der
Abfahrt eingesammelt. Beträge können
dann auf der Reise „abgehoben“ werden.)

Ich kann mich in fremder Umgebung gut orientieren und auch allein bewegen Ja Nein

Wenn ja, wo? Stadt Land

Ich gehe leicht verloren Ja Nein

Ich kann Gefahren gut abschätzen (z.B. Straßenverkehr) Ja Nein

ESSEN & TRINKEN

Beim Essen und Trinken benötige ich Unterstützung? Ja Nein

Wenn ja, wie sieht die Unterstützung aus?

(Essen klein schneiden, Essen geben, usw.)

Diese Lebensmittel darf ich nicht essen:

(Unverträglichkeiten, Allergien, Diäten)

Bitte bringe bei sehr speziellen Diäten oder Unverträglichkeiten Ersatzlebensmittel mit.

Ich esse

- vegan
 vegetarisch
 mit Fleisch

Ich vertrage

- koffeinhaltige Getränke
 alkoholische Getränke
 alkoholfreie Getränke
(z.B. alkoholfreies Bier)

Diese Besonderheiten sind außerdem noch beim Essen und Trinken bzw. bei meiner Verdauung zu beachten:

Ich rauche

- Ja Nein

HYGIENE

Bei der Körperpflege benötige ich Unterstützung? Ja Nein

Wenn ja, wie sieht die Unterstützung aus?

Mündliche Anleitung, aktive Unterstützung? ...)

Bitte bei den verschiedenen Bereichen kurze Angaben machen

Zähneputzen	
Kämmen	
Waschen	
Rasieren	
Duschen	
Eincremen	
Anziehen	

Ich bin gewohnt jeden . Tag zu baden/duschen

Ich gehe selbstständig zur Toilette Ja Nein

Ich muss öfter daran erinnert werden Ja Nein

Ich trage eine Inkontinenzhose Ja Nein

- Diese trage ich durchgehend
- Diese trage ich nur nachts
- Diese muss nachts mehrmals gewechselt werden

Diese Besonderheiten sind bei der Hygiene bitte noch zu beachten:

Für Frauen

Ich habe meine Periode Ja Nein

Ich brauche dabei Unterstützung Ja Nein

SOZIALVERHALTEN

In neuen Gruppen / Neuen Menschen gegenüber verhalte ich mich meistens (offen, ängstlich, interessiert, ...)

In neuen Situationen bin ich meist:

Ich brauche regelmäßig Rückzugsorte und Ruhe

Ja Nein

Ich lebe in der Gruppe auf und genieße den Trubel

Ja Nein

In stressigen oder schwierigen Situationen verhalte ich mich folgendermaßen:

Ich kann es deutlich sagen, dass es zu viel ist

Ich ziehe mich zurück, am liebsten in/nach:

Ich laufe davon

Ich werde verbal aggressiv

Ich werde körperlich aggressiv

Ich:

In stressigen oder schwierigen Situationen hilft mir am meisten:

Ich habe Angst vor:

(Tiere, Phobien, Höhenangst, ...)

GEWOHNHEITEN

Schlafen

Ich kann mit mehreren Personen in einem Raum schlafen

Ja

Nein

Es ist für mich in Ordnung in einer Hütte / Zelt zu schlafen

Ja

Nein

Beim Schlafen benötige ich:

Essen

Beim Essen habe ich folgende Rituale:

(morgens, abends, in anderen Situationen...)

HOBBIES, INTERESSEN

In meiner Freizeit mache ich gerne:

(sportliche Aktivitäten, kreative Beschäftigungen, Spiele, Musik, schwimmen, Naturerlebnisse, usw.)

Diese Betätigungen darf ich aus gesundheitlichen Gründen nicht ausführen:

Im Urlaub wünsche ich mir :

SCHWIMMEN

Ich kann schwimmen Ja Nein

Ich schwimme im tiefen Wasser
 nur da wo ich noch stehen kann

Beim Schwimmen brauche ich folgende Hilfsmittel:

*Im Falle einer rechtlichen Betreuung: bitte **Einverständniserklärung Schwimmen** ausfüllen und unterschreiben (s. Anhang).*

BEWEGUNG

Ich kann alleine laufen Ja
 Nein (ich sitze im Rollstuhl)
 Teilweise (ich benötige Unterstützung)

Wie sieht diese Unterstützung aus?

(Rollator, am Arm stützen,...)

Ich laufe am liebsten schnell
 normal
 gemütlich
 lang und ausgiebig
 kurz und knackig

Eine lange Wanderung von mehreren Stunden schaffe ich gut Ja Nein

SEHVERMÖGEN

Ich kann sehen

Ja Nein

Falls nein, welche
Sehbehinderung liegt vor?

Das bedeutet

- Ich kann Umrisse sehen
- Ich kann Kontraste erkennen
- Ich kann mich allein im Haus bewegen
- Ich kann mich allein außer Haus bewegen
- Ich kann mich nach einer gewissen Zeit auch in einer fremden Umgebung orientieren

Folgende Hilfsmittel habe ich:

*Bei Brillenträger*innen: bitte Ersatzbrille einpacken.*

AUTO- UND BUSFAHRTEN

Ich kann ohne Probleme für
längere Zeit im Auto/Bus
sitzen

Ja Nein

Beim Auto-/Busfahren zeige
ich folgendes (auffälliges)
Verhalten:

Ich habe folgende
Reisekrankheiten:

Dagegen nehme ich
folgende Medikamente:

*Im Falle einer rechtlichen Betreuung: bitte **Einverständniserklärung Personenbeförderung** ausfüllen und unterschreiben (s. Anhang).*

MEDIZINISCHE ANGABEN

Hausarzt

Name

Anschrift

Telefonnummer

Meine Krankenkasse

Ich nehme folgende
Medikamente ein:

Ich nehme meine Medikamente selbst:

 Ja

 Nein

Eine ärztliche Verordnung über die regelmäßig und bei Bedarf einzunehmende **Medikation ist dem Dossier anzufügen und muss zusätzlich vor jeder Reise wieder neu eingereicht werden.**

Ich habe folgende Allergien:

Diese Notfallmedikamente
habe ich:

Ich habe folgende,
chronische Krankheiten:

(Hepatitis B, Asthma, chronische
Erkrankung)

Ich habe eine Spastik

 Ja

 Nein

EPILEPSIE

Ich habe eine Epilepsie Ja Nein

Ich bin anfallsfrei Ja, seit Nein

Wenn nein:

Mein letzter Anfall war am:

Häufigkeit der Anfälle:

Folgende Angaben bitte auch ausfüllen, wenn Du anfallsfrei bist:

Folgende Umstände lösen bei mir einen Anfall aus:

Diese Vorzeichen lassen erkennen, dass ein Anfall folgt:

Das hilft mir nach dem Anfall:

Diese Medikamente nehme ich während und nach dem Anfall:

während

danach

Das muss bei der Einnahme beachtet werden:

Weitere Hinweise (bei Bedarf):

SONSTIGES

Folgendes sollte man noch über mich wissen, was in den vorangegangenen Angaben noch nicht berücksichtigt wurde:

- Mir ist bewusst, dass dieses Dossier zum Zweck von weiteren Reisen aufbewahrt und nicht im Anschluss an meine erste Reise vernichtet wird.

Vielen Dank für die ausführliche Information!

Datum, Ort

Unterschrift Reisende/r und /oder rechtliche Betreuung

Hinweis zu den Unterschriften:

Gibt es eine rechtliche Betreuung müssen ALLE Unterschriften von dieser getätigt werden. Der/die Reisende kann auch unterschreiben. Gibt es keine rechtliche Betreuung genügt die Unterschrift des/r Reisenden selbst.

Nicht vergessen: Datenschutzordnung und Einverständniserklärungen unterschreiben

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FOTO- UND VIDEOAUFNAHMEN

Hiermit erkläre ich, dass
 (bitte eine Option ankreuzen)

- von mir während der Reisen von Ahoi e.V. Foto- und Videoaufnahmen gemacht werden dürfen. Diese werden für folgende Zwecke gemacht:
- Urlaubserinnerungen für die Reisenden. Die Aufnahmen werden nach der Reise unter den Teilnehmenden verteilt.
 - Öffentlichkeitsarbeit von Ahoi e.V. (Homepage, Facebook, Flyer, Broschüren, Reiseprogramm)
- von mir keinerlei Foto- oder Videoaufnahmen gemacht werden dürfen.

Hinweis: Ahoi e.V. achtet die Würde und Privatsphäre aller Reisenden. Es werden keine Aufnahmen gemacht, die Personen in unangemessenen Situationen zeigen oder die die Reisenden in ihrer Person kränken.

Ort, Datum

Unterschrift Reisende/r und/oder rechtliche Betreuung

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MEDIKAMENTENVERGABE

DURCH ggf. NICHT-PFLEGEFACHKRÄFTE

Hiermit stimme ich zu, dass die Medikation und Behandlungspflege während der Reisen von Ahoi e.V. ggf. durch Nicht-Pflegefachkräfte verabreicht werden kann.

Ich übergebe der Leitung am Abfahrtsort die ärztliche Verordnung, nach der die Medikation während der Reise vergeben werden. Diese fordere ich für jede Reise immer wieder neu bei meinem Hausarzt an.

Die gesamte Medikation richte ich für die Dauer der Reise in Medikamentendöschen. Außerdem nehme ich Ersatzmedikation (3 Tage) und Notfallmedikation mit.

Ort, Datum

Unterschrift Reisende/r und/oder rechtliche Betreuung

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

nur auszufüllen im Falle einer RECHTLICHEN BETREUUNG

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG SCHWIMMEN

(Vorname Name)

darf während der Reisen von Ahoi e.V. :

schwimmen gehen. Das betrifft sowohl betreute Gewässer (Schwimmbäder) als auch offene Gewässer (Seen oder Meere), an denen das Baden grundsätzlich zulässig ist.

nicht schwimmen gehen

im seichten Wasser baden gehen

(Vorname Name)

ist Schwimmer

Nicht-Schwimmer

Im Fragebogen des Dossiers wurden alle Angaben zum Schwimmen wahrheitsgemäß ausgefüllt. Benötigte Hilfsmittel werden der/dem Reisenden mitgegeben.

Ort, Datum

Unterschrift rechtliche Betreuung

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PERSONENBEFÖRDERUNG IN KLEINBUSSEN

Hiermit stimme ich zu, dass (Vorname Name) in den für Ahoi e.V. angemieteten oder eigenen Kleinbussen mitfahren darf. Das betrifft sowohl die Hin- und Rückfahrt als auch Fahrten vor Ort.

Hinweis: Informationen zum Versicherungsschutz entnehmen ihr bitte den Allgemeinen Reisebedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift rechtliche Betreuung

REISEAPOTHEKE

Bei den Ahoi-Reisen wird eine Reiseapotheke mitgenommen, um bei kleineren Beschwerden oder Verletzungen eine akute Unterstützung bieten zu können. Im Zweifelsfall wird immer eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht.

Bitte lasse Dir von Deiner Ärztin/Deinem Arzt bescheinigen, dass du die Medikamente die auf dieser Liste stehen, bei Bedarf einnehmen oder nicht einnehmen darfst. Und dass die Mittel zur äußerlichen Anwendung bei dir angewendet werden dürfen. Die Vergabe erfolgt von einer evtl. nicht-medizinisch ausgebildeten Reisebegleitung. Bitte gebe die ausgefüllte und unterschriebene Liste zusammen mit den anderen Unterlagen wieder zurück an Ahoi e.V.

Vorname und Name der/des Reisenden

Infludo Tr. / Infludoron (= Ferrum phosph.) Globuli	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ferrum-Quarz Kapseln	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Birkenkohle comp. Kapseln	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Arnika D 30 Globuli	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Calcium D3 Kautabletten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Combudoron Gel / Salbe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Arnika Wundtücher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Arnika Salbe 30%	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Calendula Wundsalbe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Octenisept Lösung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kompressen und Mullbinden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Elastische Binde	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pflaster	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

DATENSCHUTZORDNUNG

1. Zur Erfüllung der Zwecke und Aufgaben des Vereins werden unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz personenbezogene Daten über persönliche und sachliche Verhältnisse der/s Reisenden und ggf. ihrer rechtlichen Betreuung gespeichert, übermittelt und verändert.
2. Mit der verbindlichen Anmeldung nimmt der Verein ausführliche Daten der/s Reisenden auf (Dossier). Dazu gehören Kontaktdaten, Auskünfte über Angehörige und die rechtliche Betreuung, medizinische Angaben sowie verhaltensspezifische Angaben der/s Reisenden. Weiterhin werden verschiedene Einverständniserklärungen sowie diese Datenschutzordnung gespeichert.
3. Diese Informationen werden in einem verschließbaren Aktenschrank abgelegt. Das Dossier wird nicht nach jeder Reise vernichtet, sondern verbleibt bei Ahoi e.V. Die personenbezogenen Daten werden dabei durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Änderungen sind durch den/die Reisende/n bzw. die gesetzliche Betreuung zu erklären. Für eventuelle Schäden bei Nichterfüllung kann der Verein nicht haftbar gemacht werden.
4. Die Akten werden nur durch Vorstandsmitglieder, hauptamtliche ArbeitnehmerInnen eingesehen werden. Während der Reisen werden die Akten der Reisenden an die Leitung der Reise ausgehändigt. Diese werden von der Leitung vor Ort an einem sicheren Ort verwahrt. Für die Reise relevante Angaben werden dem Team mitgeteilt und in einer Liste zusammengefasst.
5. Jede/r Reisende hat
 - das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DS-GVO
 - das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DS-GVO
 - das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DS-GVO
 - das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DS-GVO
 - das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DS-GVO und
 - das Recht auf Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DS-GV

Die/der Reisende kann die Aufsichtsbehörde einschalten, wenn die Anforderungen an den Verein nicht erfüllt werden.

6. Erklärt die/der Reisende schriftlich, keine Reisen bei Ahoi e.V. mehr wahrnehmen zu wollen, wird die Akte im Anschluss an die Kündigung für die Dauer von 10 Jahren bei Ahoi e.V. verwahrt.
7. Den Organen des Vereins und allen Mitarbeitenden des Vereins oder sonst für den Verein Tätigen ist es untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu anderen als den zur jeweiligen Aufgabenerfüllung gehörenden Zwecken zu verarbeiten, bekannt zu geben, Dritten zugänglich zu machen (außer Leitung und Team der Reise) oder sonst zu nutzen. Diese Pflicht besteht auch über das Ausscheiden der genannten Person aus dem Verein hinaus.
8. Der Verein behält sich das Recht vor, diese Datenschutzerklärung jederzeit unter Beachtung der geltenden EU-Datenschutzbestimmungen zu ändern.

Ahoi e.V. 18.02.2019

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Datenschutzordnung für Reisende von Ahoi e.V. an.

Ort, Datum

Unterschrift Reisende/r und/oder rechtliche Betreuung