

# Kunterbunt e.V.

Dr. August – Einsele - Ring 12  
82418 Murnau  
Tel. 08841/90267  
info@kunterbunt-reisen.de

## Herzlich Willkommen bei *Kunterbunt!*

Wir freuen uns sehr darauf mit Ihnen einen kunterbunten Urlaub verbringen zu dürfen. Für uns bedeutet dies unter anderem: die Seele baumeln zu lassen, andere Kulturen und Länder zu erforschen, schöne Dinge tun, für welche man bisher keine Zeit hatte, nette und freundliche Menschen kennenlernen..... eben all die Kleinigkeiten und Wünsche, die einen Urlaub ausmachen.

Da hier der Mensch im Mittelpunkt stehen soll, ist es für uns wichtig schon ein paar Dinge im Voraus zu erfahren. Dadurch können wir ganz speziell Ihre Vorlieben und Besonderheiten mit berücksichtigen.

Falls Sie beim Ausfüllen, mit oder ohne Ihren Betreuer, Fragen haben, können Sie selbstverständlich jederzeit bei Kunterbunt anrufen.

Vielen Dank, dass sie sich die Zeit zum Ausfüllen nehmen und hoffentlich bis bald!

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_

GEB. AM: \_\_\_\_\_

FOTO:

**→ Falls Sie das Dossier am Computer ausfüllen und das Dokument per Email an uns senden - bitten wir Sie die unterschriebene Seite 3 per Post an Kunterbunt e.V. zu schicken! Vielen Dank!**

# FREIZEITAKTIVITÄTEN mit *Kunterbunt e.V.*

## Die nachstehenden **Teilnahmebedingungen**

sind vom gesetzlichen Vertreter des o. g. Teilnehmers, der für die erwähnte Aktivität des Vereins *Kunterbunt* eingeschrieben werden soll, auszufüllen. Das ausgefüllte und unterzeichnete Dokument ist für eine Teilnahme erforderlich und umgehend zurückzusenden.

### 1. Es wird versichert, dass der Teilnehmer / die Teilnehmerin

- Mitglied einer gesetzlichen und / oder privaten Krankenversicherung ist.
- *wünschenswert* wäre der Schutz im Rahmen einer privaten Haftpflichtversicherung und die Mitgliedschaft einer gesetzlichen oder privaten Unfallversicherung.

### 2. Hiermit wird erklärt, dass

- der Verein und dessen Mitarbeiter für etwaige Unfälle bei Teilnahme an erkennbar risikoreichen Aktivitäten nicht haftet, es sei denn bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz;
- der Verein bzw. dessen Mitarbeiter im Falle der Erkrankung oder Verunfallung eines Teilnehmers alle der Situation und dem Gesundheitszustand des Teilnehmers angemessenen und notwendig erscheinenden Maßnahmen (unter Berücksichtigung verfügbarer Informationen von Eltern, Betreuer, Heim, behandelnden Ärzten) gegen Erstattung der aufgewendeten Kosten vornehmen darf.

Name der Teilnehmerin / des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

3. Es wird besonders darauf hingewiesen, dass

- jede schwere ansteckende Krankheit bei der Anmeldung des Teilnehmers dem Verein und dem für die Teilnehmergruppe vom Verein benannten Verantwortlichen für die Veranstaltung mitzuteilen und auf dem medizinischen Informationsblatt zu vermerken ist;
- eine Abänderung oder Absage der Veranstaltung entschädigungslos vorbehalten bleibt, insbesondere aus vom Verein nicht zu vertretenden Gründen;
- Fotos vom Teilnehmer allein oder mit anderen zusammen gemacht werden können und diese zu öffentlichen Informations- oder Werbezwecken gebraucht werden, soweit durch die Bilder die Würde des Teilnehmers unangetastet bleibt

4. Für Reisezwecke erforderliche Unterlagen, insbesondere Reisedokumente, Sichtvermerke, Impfungen, Gesundheitszeugnisse u.a. hat der Teilnehmer selbst Sorge zu tragen.

**→ Falls Sie das Dossier am Computer ausfüllen und das Dokument per Email an uns senden bitten wir Sie die unterschriebene Seite 3 per Post an Kunterbunt e.V. zu schicken! Vielen Dank!**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\_in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vormundes

# Kunterbunt e.V.

Dr. August – Einsele - Ring 12  
82418 Murnau  
Tel. 08841/90267  
info@kunterbunt-reisen.de

## Ärztliche Auskünfte

→ Bitte sorgfältig überprüfen und ergänzen!

Name \_\_\_\_\_

1. Blutgruppe und Rhesusfaktor (falls bekannt) \_\_\_\_\_

2. Aktueller behandelnder Arzt

Name: \_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

3. Versicherungen

Krankheit (Kassenname): \_\_\_\_\_

Unfall (Kassenname): \_\_\_\_\_

4. Impfung

Datum der letzten Nachimpfung gegen  
Wundstarrkrampf: \_\_\_\_\_

**→ Bitte legen Sie dem Dossier eine aktuelle Kopie des Impfausweises bei!**

5. Allergien

Gibt es Allergierisiken?  
(Medikamente, Tiere,  
Stiche, Nahrungsmittel usw.)

Ja  Nein

→ Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ Was ist noch wichtig zu wissen (Hilfen)

---

---

6. Für Kinder

Schon durchgemachte Kinderkrankheiten

(Masern, Windpocken, usw.):

---

7. Krankheiten

Liegen dauerhafte / schwerwiegend beeinträchtigende / ansteckende Krankheiten vor?

(z.B. Hepatitis B, Asthma, chronische Erkrankung, ...)

Ja  Nein

→ Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

8. Unangebrachte Sportarten

Können gewisse Sportarten aus Gesundheitsgründen nicht betrieben werden?

(z.B. Muskelhypotonie, Hyperatonie, Hüftschäden ...)

Ja  Nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

**Spastik**

Ja  Nein

9. Epileptische Anfälle

Ja  Nein

Wann war der letzte Anfall? \_\_\_\_\_

Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Anfall auslösende Umstände:

\_\_\_\_\_

Vorzeichen:

\_\_\_\_\_

Verhalten und Medikamente während und nach dem Anfall:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Regelmäßige Einnahme von Medikamenten

Ja  Nein

Gibt es bei der Einnahme etwas zu beachten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➔ Bitte schicken Sie auf die Reise immer

eine beschriftete Medikamentendose,

die aktuelle Dosierung &

Ersatzmedikamente für einen Tag mit.

# Kunterbunt e.V.

Dr. August – Einsele - Ring 12  
82418 Murnau  
Tel. 08841/90267  
info@kunterbunt-reisen.de

## Personelle Auskünfte

### 1. Personalien

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> ♀	<input type="checkbox"/> ♂	

### 2. Angaben zur Familie

Name	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Tel. – Nr.	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Beruf(e)	<input type="text"/>		
→ Ich wohne bei meinen Eltern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

### 3. Gesetzliche(r) Vertreter(in) (wenn dies nicht die Eltern sind)

Name

Vorname(n)

Adresse

Tel. – Nr.

Email

### 4. Wohnort (wenn dieser nicht bei den Eltern ist)

Wohnform

( z.B. Wohnheim, betreutes Wohnen, eigene Wohnung, ...)

Name der Einrichtung

Adresse

Tel. – Nr.

Email

Bezugsperson(en)

Andere besuchte Orte wie

Schule

Ausb.

Arbeit

Adresse

Tel. – Nr.

Email



**5. Andere Bezugsperson mit der man während den Aufenthalten Kontakt aufnehmen kann, falls die Eltern abwesend sind oder die Institution geschlossen ist**

Name  Vorname(n)

Adresse

Tel. – Nr.  Email

**6. Verantwortliche Person für die Kosten der Aufenthalte**

Name  Vorname(n)

Adresse

Tel. – Nr.  Fax / Email

**7. Die Rechnung soll geschickt werden an**

Name  Vorname(n)

Adresse

Tel. – Nr.  Fax

Email:

Diese Auskunftsblätter wurden ausgefüllt von

Ort/Datum

Eltern/ Betreuer\_in/ gesetzl. Betreuer\_in

# Kunterbunt e.V.

Dr. August – Einsele - Ring 12  
82418 Murnau  
Tel. 08841/90267  
info@kunterbunt-reisen.de

## Allgemeine Auskünfte

Allgemeine Auskünfte von:

(Name/Vorname)

Meine MUTTERSPRACHE ist:

(gesprochen oder verstanden)

## SELBSTSTÄNDIGKEIT

- |  |                  |                             |                               |
|--|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich kann   | lesen,           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | schreiben,       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | rechnen          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich kann mich in fremder UMGEBUNG                  | gut orientieren  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | & allein bewegen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, wo?                                       | Stadt            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|  | Land             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich gehe leicht VERLOREN                           |                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| GEFAHREN kann ich abschätzen (z.B. Straßenverkehr) |                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Mein TASCHENGELD verwalte ich selbst               |                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## SOZIALLEBEN

In neuen GRUPPEN / neuen Menschen gegenüber verhalte ich mich meistens:

(z.B. offen, ängstlich, interessiert, ...)

  

In neuen SITUATIONEN bin ich meist:

  
  

Wie gehe ich mit STRESS oder SCHWIERIGEN SITUATIONEN um?

(zutreffendes bitte ankreuzen oder näher beschreiben)

Ich kann es gleich sagen:

Ich ziehe mich zurück:

Ich laufe davon:

Ich werde verbal aggressiv:

Ich werde körperlich aggressiv:

Ich.....:

➔ Wie können andere dann am besten mit mir umgehen?

Ich habe große ANGST vor:

(z.B. Höhenangst, Tiere, Phobien ...)

Das sind wichtige GEWOHNHEITEN von mir:

(z.B. Schlafgewohnheiten, ...)

  

---

## KOMMUNIKATION

Ich kann SPRECHEN:

Ja  Nein

Ich verwende besondere ZEICHEN / Zeichensysteme / Hilfsmittel  Ja  Nein

(z.B. Gebärdensprache, GuK, Karten etc. ...):

Falls ja, welche

  

Diese WÖRTER / THEMEN sind mir wichtig (und äußere ich so):

  

---

## SEHVERMÖGEN

Ich kann SEHEN:

Ja  Nein

Falls, eine Sehbehinderung vorhanden ist...

Ich kann Umrisse sehen:

Ja  Nein

Ich kann Kontraste erkennen:

Ja  Nein

Ich mich allein im Haus bewegen:

Ja  Nein

Ich mich allein außer Haus bewegen:

Ja  Nein

Ich brauche Unterstützung beim laufen:

Ja  Nein

Falls ja, welche (z.B. Blindenstock)

---

## FREIZEIT

In meiner FREIZEIT mache ich gern:

(z.B. Gesellschaftsspiele, Bewegung, Musik, Instrument spielen, Malen, Thermalbad ... )


Sportliche AKTIVITÄTEN (bitte ankreuzen oder ergänzen):

Sportarten	Mache ich gerne	Würde ich gern probieren	Sportarten	Mache ich gerne	Würde ich gern probieren
Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Höhlenforschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bergsteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skilanglauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rafting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ski Alpin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tourenski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windsurfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das wünsche ich mir im URLAUB:


---

ESSEN UND TRINKEN:

Beim Essen/Trinken brauche ich UNTERSTÜTZUNG:  Ja  Nein

Wenn ja, wie sieht diese Unterstützung aus?  
(z.B. Essen klein schneiden, Essen geben, ...)

  
  

Welche LEBENSMITTEL darf ich nicht essen?  
(Unverträglichkeiten, Allergien, Diäten)

  
  

**Bei sehr speziellen Diäten: bitte schicken Sie Zusatzinformationen, ggf. bestimmte Ersatzlebensmittel auf Reisen mit.**

Koffeinhaltige Getränke:  Ja  Nein  
(z. B.: Kaffee, Cola)

Alkohohlhaltige Getränke:  Ja  Nein  
(z. B.: Wein/Bier/Radler)

Alkoholfreie Getränke:  Ja  Nein  
(z. B.: alkoholfreies Radler)

Ich rauche:  Ja  Nein

Gibt es sonst noch Besonderheiten beim Essen/  
Trinken bzw. der Verdauung?

---

## BEWEGUNG

Beim LAUFEN brauche ich Unterstützung:  Ja  Nein

Wenn ja, wie sieht diese Unterstützung aus?

(z.B. Rollstuhl, Gehhilfen, Rollator, am Arm stützen, etc.)


Ich laufe am liebsten (bitte ankreuzen):

→ schnell  normal  gemütlich

→ lang  nicht lang  nur kurz

Eine längere WANDERUNG (mehrere Stunden) schaffe ich gut:  Ja  Nein

---

## SCHWIMMEN

Ich bin: Schwimmer  Nichtschwimmer

Ich SCHWIMME auch im tiefen Wasser:  Ja  Nein

Beim Schwimmen brauche ich folgende HILFSMITTEL:

(z.B. Schwimmflügel)


---

## KÖRPERPFLEGE UND HYGIENE:

Bei der KÖRPERPFLEGE brauche ich Unterstützung:  Ja  Nein

Wenn ja, wie sieht diese Unterstützung aus?

(mündliche Anleitung, aktive Unterstützung, etc. ...  
- zutreffendes bitte ankreuzen-)

beim Zähneputzen:

Ich habe eine Zahnprothese:  Ja  Nein

beim Kämmen:

beim Waschen:

beim Rasieren:

beim Duschen:

→ Ich bin gewohnt alle \_\_\_\_\_ Tage zu duschen/baden.

Beim ANZIEHEN brauche ich Hilfe:  Ja  Nein

---

## TOILETTE

Ich gehe selbstständig auf das WC:  Ja  Nein

Ich muss öfter daran erinnert werden:  Ja  Nein

Ich trage eine Windel / - hose:  Ja  Nein

Werden immer benötigt:  Ja  Nein

Werden nur nachts benötigt:  Ja  Nein

Müssen nachts mehrmals gewechselt werden:  Ja  Nein

→ Gibt es Besonderheiten zu beachten?



---

FÜR FRAUEN:

Ich habe meine Periode:

Ja

Nein

Ich nehme ein Verhütungsmittel:

Ja

Nein

---

SCHLAFEN:

Ich kann mit mehreren Personen in einem RAUM schlafen:  Ja

Nein

Es ist in Ordnung für mich in einem ZELT/HÜTTE zu schlafen:

Ja

Nein

Besondere SCHLAFGEWOHNHEITEN:


Danke für die wertvollen Informationen!!!

Das Dossier wurde ausgefüllt von:

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\_in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vormund/Eltern

**!!! Bitte legen Sie uns noch eine aktuelle Kopie vom Behindertenausweis mit zum Dossier !!!**

Zurücksenden an:

KUNTERBUNT e.V.  
Dr.- August - Einsele - Ring 12  
82418 Murnau