

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:

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

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

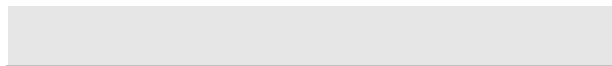
2. Hiermit wird erklärt, dass

- 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.

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;

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



Ort / Datum



Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers



Unterschrift des gesetzlichen Betreuers



Einverständniserklärung zu Aufnahmen und Veröffentlichung von Fotos

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei den Kunterbunt Freizeiten und Veranstaltungen Fotos von mir aufgenommen, abgespeichert und anschließend veröffentlicht werden dürfen:

- Auf der Homepage von Kunterbunt; www.kunterbunt-reisen.de
- Im Veranstaltungsprogramm von Kunterbunt

Die Fotos dienen ausschließlich dem Zweck, die mit Kunterbunt verbrachten Freizeiten auch nach längerer Zeit für die Teilnehmer wieder erlebbar zu machen, darüber zu kommunizieren und sich ein lebendiges Bild auch von den übrigen Freizeitangeboten machen zu können. Kunterbunt kommt damit dem großen Wunsch der Teilnehmer nach.

Kunterbunt versichert, keinerlei unangemessene Fotos aufzunehmen. Die Freizeitdateien mit den Fotos sind passwortgeschützt. Sind die Aufnahmen frei im Internet verfügbar, erfolgt die Entfernung, soweit dies Kunterbunt möglich ist.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass trotz Passwortschutz es nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, dass die Fotos von unbefugten Dritten abgerufen, weiterverwendet oder an andere Personen weitergegeben werden können.

[Datenschutzhinweis hinsichtlich der Herstellung und Verwendung von Fotoaufnahmen nach Art. 13 DSGVO](#)



Diese Einverständniserklärung ist freiwillig. Mir ist bewusst, dass ich das Recht habe,

- sie nicht zu geben
- sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber Kunterbunt e. V. zu widerrufen.

Ich habe die Informationen zur Einwilligung in

- die Aufnahme,
- die Speicherung,
- die Veröffentlichung

von Fotos gelesen, nach gründlicher Erklärung verstanden, und erkläre mich damit einverstanden.

Ort / Datum

Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

oder des

Unterschrift des gesetzlichen Betreuers

[Datenschutzhinweis hinsichtlich der Herstellung und Verwendung von Fotoaufnahmen nach Art. 13 DSGVO](#)

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:

11. COVID IMPFUNG

Ja

Nein

GENESEN

Ja

➔ 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

Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Geschlecht

♀

♂

2. Angaben zur Familie

Familienname

Vorname(n)

Adresse

Tel. – Nr.

Tel. – Nr.

Beruf(e)

➔ Ich wohne bei meinen Eltern

Ja

Nein

3. Gesetzlicher Vertreter (wenn dies nicht die Eltern sind)

Name

Vorname(n)

Adresse

Tel. – Nr.

Tel. – Nr.

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

Wohnform

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

Name der Einrichtung

Adresse

Tel. – Nr.

Tel. – Nr.

Bezugsperson(en)

Andere besuchte Orte wie

Schule

Ausb.

Arbeit

Adresse

Tel. – Nr.

Tel. – Nr.

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.

Tel. – Nr.

6. Verantwortliche Person für die Kosten der Aufenthalte

Name

Vorname(n)

Adresse

Tel. – Nr.

Fax

7. Die Rechnung soll geschickt werden an

Name

Vorname(n)

Adresse

Tel. – Nr.

Fax

Email:

Diese Auskunftsblätter wurden ausgefüllt am / von

[Redacted]

Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

[Redacted]

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

[Redacted]

Ort und Datum

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

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

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

	JA	NEIN
Ich kann SPRECHEN:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich verwende besondere ZEICHEN / Zeichensysteme / Hilfsmittel (z.B. Gebärdensprache, GuK, Karten etc. ...):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Falls ja, welche

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

SEHVERMÖGEN

	JA	NEIN
Ich kann SEHEN:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls, eine Sehbehinderung vorhanden ist...

Ich kann Umriss sehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich kann Kontraste erkennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich mich allein im Haus bewegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich mich allein außer Haus bewegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich brauche Unterstützung beim laufen:

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			Höhlenforschen		
Kanu			Wandern		
Radfahren			Bergsteigen		
Tauchen			Skilanglauf		
Rafting			Ski Alpin		
Tennis			Tourenski		
Windsurfen			Reiten		
Schlitten			Segeln		

Das wünsche ich mir im URLAUB:

ESSEN UND TRINKEN:

JA NEIN

Beim Essen/Trinken brauche ich UNTERSTÜTZUNG:

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.

JA NEIN

Koffeinhaltige Getränke:

(z. B.: Kaffee, Cola)

Alkohohaltige Getränke:

(z. B.: Wein/Bier/Radler)

Alkoholfreie Getränke:

(z. B.: alkoholfreies Radler)

Ich rauche:

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

Ich bin: Schwimmer Nichtschwimmer

Ich SCHWIMME auch im tiefen Wasser: JA NEIN

Beim Schwimmen brauche ich folgende HILFSMITTEL:

(z.B. Schwimmflügel)

KÖRPERPFLEGE UND HYGIENE:

JA

NEIN

Bei der KÖRPERPFLEGE brauche ich Unterstützung:

Wenn ja, wie sieht diese Unterstützung aus?

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

beim Zähneputzen:

Ich habe eine Zahnprothese:

beim Kämmen:

beim Waschen:

beim Rasieren:

beim Duschen:

➔ Ich bin gewohnt alle ____ Tage zu duschen/baden.

JA

NEIN

Beim ANZIEHEN brauche ich Hilfe:

TOILETTE

JA

NEIN

Ich gehe selbstständig auf das WC:

Ich muss öfter daran erinnert werden:

Ich trage eine Windel / - hose:

Werden immer benötigt:

Werden nur nachts benötigt:

Müssen nachts mehrmals gewechselt werden:

➔ Gibt es Besonderheiten zu beachten?

FÜR FRAUEN:

JA

NEIN

Ich habe meine Periode:

Ich nehme ein Verhütungsmittel:

SCHLAFEN:

JA

NEIN

Ich kann mit mehreren Personen in einem RAUM schlafen:

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

Besondere SCHLAFGEWOHNHEITEN:

Danke für die wertvollen Informationen!!!

Das Dossier wurde ausgefüllt von:

[Redacted area]

Datum / Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

[Redacted area]

Datum / Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

!!! Bitte legen Sie uns noch eine aktuelle Kopie der Vorderseite und der Rückseite vom Behindertenausweis mit zum Dossier !!!

Zurücksenden an:

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