



Anmeldung zur Ferien- und Besinnungswoche für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

Samstag, 17.05. bis Samstag, 24.05.2025 im Centre St. François, Delsberg

Personalien

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ Tel. /Natel _____

☐ E-Mail _____

Leben Sie in einer Institution, wenn ja in welcher? _____

Wer soll bei Krankheit/ Unfall informiert werden? (bitte unbedingt ausfüllen)

Name _____ Vorname _____

☐ Tel. Nr. _____ ☐ Natel Nr. _____

☐ E-Mail _____

Haben Sie einen Beistand? Wenn ja, bitte Name, Adresse, Tel.: _____

Hausarzt: Name _____ Vorname _____

☐ E-Mail _____ ☐ Tel. Nr. _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Unfallversicherung **(die Unfallversicherung ist Sache der Teilnehmenden)** _____

IV-Nr. _____

Welche Behinderungsform liegt vor? Wichtige Informationen dazu: _____

Rollstuhlart ☐ Elektrorollstuhl ☐ Handrollstuhl ☐ kein Rollstuhl

Transfer möglich? ☐ ja ☐ nein andere Hilfsmittel zur Fortbewegung: _____

Medikamente ☐ ja ☐ nein **Medikamente gerichtet und kontrolliert (am besten in einem**

Medikamentendosett) mit einer aktuellen Medikamentenliste direkt ins Lager mitnehmen!

Medikamentenmanagement selbständig? ☐ ja ☐ nein

Essen/Diät?

Benötigen Sie eine Diät? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche _____

Essen Sie vegetarisch? ☐ ja ☐ nein

Ist eine Allergie vorhanden (jeglicher Art)? _____



Schlafen

Wünschen Sie ein

☐ Einbettzimmer

☐ Doppelzimmer

Medien

Dürfen wir Fotos von Ihnen für die kirchlichen Medien verwenden?

☐ ja

☐ nein

Welche Unterstützung benötigen Sie?

Beim Aufstehen/ Zu Bett gehen?

☐ ja

☐ nein

☐ teilweise

Beim An-/Auskleiden?

☐ ja

☐ nein

☐ teilweise

Beim Essen/Trinken?

☐ ja

☐ nein

☐ teilweise

Beim WC- Gang?

☐ ja

☐ nein

☐ teilweise

Katheter/Cystofix?

☐ ja

☐ nein

Körperpflege?

☐ ganz

☐ teilweise

☐ keine

Unterstützung In der Nacht?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Andere Handreichungen/Hilfsmittel _____

Welche Hilfsmittel benötigen Sie?

☐ Haltebügel

☐ Duschstuhl

☐ Nachstuhl

☐ Urinflasche/Topf

☐ Rutschbrett

☐ Matratzenschutz

☐ Nachtglocke

☐ Pflegelift für WC

☐ Pflegelift für Bett

☐ Elektrobett

Andere: _____

Reiseangaben

Organisieren sie ihre Reise selbst

☐ ja

☐ nein

Wünschen Sie, dass Ihre Anreise ab Rathausen, Horw (Blindenheim) oder Sursee (Zeit AG) durch uns organisiert wird?

Wenn ja

☐ ab Rathausen

☐ ab Horw

☐ ab Sursee

(CHF 25.00 pro Fahrt, retour CHF 50.00)

Bemerkungen, was ich noch sagen wollte _____

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und genau aus. Das Dokument wird vom Leitungsteam und der zugeteilten Begleitperson eingesehen. Die Anmeldungen werden aufgrund der Pflegemöglichkeiten berücksichtigt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Senden Sie das Formular bitte bis spätestens **17. Februar 2025** an:

Katholische Kirche im Kanton Luzern
Heidi Bühlmann, Behindertenseelsorge
Abendweg 1, Postfach
6000 Luzern 6

Bei Fragen ☎ Telefon: 041 419 48 43

✉ E-Mail: heidi.buehlmann@lukath.ch