



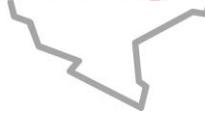
**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.
Betriebsteil Freiwilligendienste



DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.

Freiwilligendienste



Anmeldung zur Ferienfahrt „Young and free in Rimini“ (Italien)

Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Anschrift: _____

Pflegebedürftigkeit: nein ja, mit Pflegegrad: _____

Art der Beeinträchtigung/Diagnose: _____

(Hinweis: Besondere Bedarfe und Detailfragen werden von unserem Team im individuellen Beratungsgespräch geklärt.)

Ggf. Angaben zur gesetzlichen Betreuung

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Ggf. Angaben zu einer wichtigen Bezugsperson

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zum/zur Teilnehmenden: Elternteil Angehörige
 Mitarbeiter*in Wohneinrichtung sonstiges _____



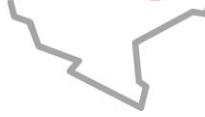
**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.
Betriebsteil Freiwilligendienste



DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.

Freiwilligendienste



Verbindliche Anmeldung

Hiermit wird o. g. Teilnehmende*r verbindlich zur inklusiven Ferienfahrt nach Rimini (Italien) angemeldet.

Reisezeitraum: 13.09.2025 – 21.09.2025

Enthaltene Leistungen:

- 6 Übernachtungen mit Halbpension in ***+Hotel in Rimini inkl. Bettwäsche und Handtuch
- 2 Übernachtungen mit Frühstück, Lunchpaketen und Abendessen in der Jugendherberge Innsbruck inkl. Bettwäsche (13.09. - 14.09.2025 + 20.09. - 21.09.2025)
- Hin- und Rückfahrt mit modernem Reisebus (Schlafsesselbestuhlung, WC und Klimaanlage), Reisebus verbleibt vor Ort
- Busausflug nach San Marino
- Betreuungsschlüssel 1:4
- Abreiseorte: Magdeburg, Halle (Saale) und Weißenfels

Mehr Informationen erhalten Sie nach Eingang der Anmeldeunterlagen.

Das Angebot wurde in Zusammenarbeit mit Jugendtours GmbH erstellt.

Kosten: Reisepreis 769,00 Euro

Der Reisepreis ist für Teilnehmende mit Pflegegrad über die Verhinderungspflege finanzierbar! Bitte sprechen Sie uns an – wir beraten Sie gern.

Unterschrift der/des Teilnehmenden und/oder der gesetzlichen Betreuerin/ des gesetzlichen Betreuers zur Anmeldung des/der o. g. Teilnehmenden für die Ferienfahrt nach Italien:

.....

Ort	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden	Unterschrift gesetzliche Betreuung

Rücktritt: Der/Die Teilnehmende kann jederzeit vor Reisebeginn von der Reise zurücktreten. Der Rücktritt muss schriftlich erfolgen.

Gebühr: bis vier Wochen vor Abreise 20 % des Reisepreises, weniger als vier Wochen bis Abreisetag 90 % des Reisepreises – wir empfehlen den Abschluss einer privaten Reiserücktrittsversicherung.



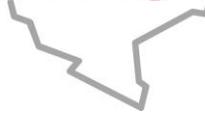
**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.
Betriebsteil Freiwilligendienste



DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.

Freiwilligendienste



Arztbogen

Name: _____ Vorname: _____

Krankenkasse: _____

versichert über: _____
(versicherte Person)

Dieser Abschnitt ist von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin auszufüllen!

Allgemeine medizinische Daten

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Die **Impfungen** sind entsprechend dem Alter vollständig. ja nein

Wenn nein, welche Impfungen fehlen? _____

relevante (chronische) Erkrankungen, Verletzungen, Operationen

ernsthafte Erkrankungen in den letzten sechs Monaten keine ja, folgende:

Beeinträchtigungen

Liegen Beeinträchtigungen vor? nein ja, folgende:

körperlich geistig seelisch verhaltensauffällig mehrfach

Diagnose: _____

Medikamenteneinnahme

Medikamenteneinnahme erforderlich? nein ja (auch Bedarfsmedikamente)

welche (Präparat, Dosierung) _____

Bitte geben Sie unbedingt einen aktuellen Medikamentenplan mit.

Erklärung: Es liegen zurzeit keine übertragbaren Krankheiten im Sinne des § 34 IfSG vor. Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Tel.-Nr. der Praxis

Stempel/Unterschrift

Arztbogen



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.
Betriebsteil Freiwilligendienste



DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.

Freiwilligendienste



Pflegebogen

1. Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____

2. Angaben zum Unterstützungsbedarf

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Bekleidung**.

nein ja, und zwar bei: _____

Aufsicht Anleitung Teilweise Unterstützung Übernahme

Er/sie führt täglich selbstständig Wäschewechsel durch. nein ja

Er/sie erkennt die eigene Kleidung. nein ja

Er/sie wählt Kleidung selbst aus. nein ja

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ernährung**.

nein ja, und zwar...

Hilfe beim Essen: _____

Hilfe beim Trinken: _____

Hilfsmittel: _____

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Körperpflege**.

nein ja, bei(m) ...

Duschen Aufsicht Anleitung Teilweise Unterstützung Übernahme

Teilwäsche (Hände, Gesicht...) Aufsicht Anleitung Teilweise Unterstützung Übernahme

Zähneputzen Aufsicht Anleitung Teilweise Unterstützung Übernahme

Sonstiges Aufsicht Anleitung Teilweise Unterstützung Übernahme

und zwar: _____
(hier Bedarf beschreiben, z. B. Haare kämmen, Monatshygiene, eincremen etc.)



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.
Betriebsteil Freiwilligendienste



DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.

Freiwilligendienste



Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ausscheiden**.

nein ja, und zwar beim...

**Toiletten-
gang**

Aufsicht Anleitung Teilweise
Unterstützung Übernahme

Hilfsmittel: _____

Er/sie neigt zu **Verstopfung**. nein ja

Falls ja: Welche Maßnahmen helfen? _____

Er/sie verwendet **Inkontinenzmaterialien**. nein ja

Falls ja: dauerhaft auf langen Fahrten nachts

Er/sie nutzt ein **Kathetersystem**. nein ja

Falls ja: selbstständig mit Unterstützung // Häufigkeit: _____

Er/sie **nässt nachts ein**. nein ja

Er/sie hat **feste Zeiten** für den Toilettengang. nein ja

Falls ja: Wann? _____

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ruhen und schlafen**.

nein ja, und zwar...

Er/sie benötigt nachts besondere **Betreuung**. nein ja

Falls ja: Welche? _____

Er/sie benötigt nachts spezielle **Lagerungsmaßnahmen** und/oder Nachtschienen.

nein ja

Falls ja: Welche? _____

Er/sie hat **Schlafstörungen**. nein ja

Falls ja: Wie äußern sich diese? _____

Er/sie hat **Einschlafrituale**. nein ja

Falls ja: Welche? _____



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.
Betriebsteil Freiwilligendienste



DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e. V.

Freiwilligendienste



Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Mobilität**.

nein ja, und zwar bei: _____

Für mobilitätseingeschränkte Teilnehmende mit Rollstuhl:

Er/sie kann kurze Strecken ohne Rollstuhl bewältigen. nein ja

Er/sie kann den Rollstuhl selbst verlassen (Transfer). nein ja

Er/sie kann außerhalb des Rollstuhls frei sitzen. nein ja

Er/sie kann in Bus oder PKW frei sitzen. nein ja

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Sicherheit**.

nein ja, und zwar ...

Er/sie ist hat ein **Anfallsleiden** (Epilepsie o. ä.). nein ja

Falls ja: Notfallmedikament? _____

Er/sie ist hat **Wutausbrüche** (ADHS o. ä.). nein ja

Falls ja: Wie äußert sich dies? _____

Mögliche Auslöser _____

Gegenmaßnahmen _____

Er/sie ist räumlich und zeitlich **orientiert**. nein ja

Er/sie ist **sensibel** (z. B. Lautstärke, viele Menschen). nein ja

Falls ja: Wie äußert sich dies? _____

Gegenmaßnahmen _____

3. Platz für weitere wichtige Informationen

