

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:

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

- 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
- Auf den Social Media Kanälen 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.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass 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](#)

ÄRZTLICHE AUSKÜNFTE

→ Bitte sorgfältig überprüfen und ergänzen!

Name

1. Blutgruppe und Rhesusfaktor (falls bekannt):

2. Aktueller behandelnder Arzt

Name:

Telefonnummer:

3. Versicherungen

Krankheit (Kassenname):

Unfall (Kassenname):

4. Impfung

Datum der letzten Nachimpfung gegen Wundstarrkrampf:

(z.B. 01.01.2011)

5. Covid Impfung

ja

nein

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

6. Allergien

Gibt es Allergierisiken?

(Medikamente, Tiere, Stiche, Nahrungsmittel usw.)

ja

nein

Falls ja, welche:

Was ist noch wichtig zu wissen (Hilfen) :

7. Für Kinder

Schon durchgemachte Kinderkrankheiten

(Masern, Windpocken, usw.):

8. Krankheiten

Liegen dauerhafte / schwerwiegend beeinträchtigende / ansteckende Krankheiten vor?

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

ja

nein

Falls ja, welche:

9. Unangebrachte Sportarten

Können gewisse Sportarten aus Gesundheitsgründen nicht betrieben werden?

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

ja

nein

Falls ja, welche:

10. Spastik

ja

nein

11. Epileptische Anfälle

ja

nein

Wann war der letzte Anfall?

Häufigkeit:

Anfall auslösende Umstände:

Vorzeichen:

Verhalten und Medikamente während und nach dem Anfall:

Weitere Informationen:

12. 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.**

PERSONELLE AUSKÜNFTE

1. Personalien

Name Vorname(n)

Geburtsdatum Nationalität

Geschlecht ♀ ♂

2. Angaben zur Familie

Name Vorname(n)

Adresse

Tel. - Nr. Email

Beruf(e)

→ Ich wohne bei meinen Eltern ja nein

3. Gesetzlicher Vertreter (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 Ausbildung Arbeit

Adresse

Tel. - Nr. Email

Bezugsperson(en)

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

7. Die Rechnung soll geschickt werden an

Name Vorname(n)

Adresse

Tel. - Nr. Email

Diese Auskunftsblätter wurden ausgefüllt am / von

Ort / Datum

Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

oder des

Unterschrift des gesetzlichen Betreuers

ALLEGMEINE AUSKÜNFTE

Allgemeine Auskünfte von:

(Name / Vorname)

Meine MUTTERSPRACHE ist:

(gesprochen oder verstanden)

SELBSTSTÄNDIGKEIT

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

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 ...)

Wichtige GEWOHNHEITEN von mir (z.B. Umgang, Art und Weise ...)

KOMMUNIKATION

JA NEIN

Ich kann SPRECHEN:

Ich verwende besondere ZEICHEN /Zeichensysteme / Hilfsmittel

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

Falls ja, welche Diese WÖRTER / THEMEN sind mir wichtig (und äußere ich so):

SEHVERMÖGEN

JA NEIN

Ich kann SEHEN:

Falls, eine Sehbehinderung vorhanden ist...

Ich kann Umriss sehen:

Ich kann Kontraste erkennen:

Ich mich allein im Haus bewegen:

Ich mich allein außer Haus bewegen:

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):

Sportart	Mache ich gern	Würde ich gern probieren	Sportart	Mache ich gern	Würde ich gern probieren
Kanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rad fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ski Alpin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rafting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ski Langlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wandern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windsurfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

JA NEIN

Beim LAUFEN brauche ich Unterstützung:

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

JA NEIN

Eine längere WANDERUNG (mehrere Stunden) schaffe ich gut:

SCHWIMMEN

Ich bin:

SCHWIMMER

NICHTSCHWIMMER

JA NEIN

Ich SCHWIMME auch im tiefen Wasser:

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:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss öfter daran erinnert werden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich trage eine Windel / - hose:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werden immer benötigt:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werden nur nachts benötigt:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müssen nachts mehrmals gewechselt werden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es Besonderheiten zu beachten?		

FÜR FRAUEN:

	JA	NEIN
Ich habe meine Periode:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme ein Verhütungsmittel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infos zum Verhütungsmittel:		

--

SCHLAFEN:

	JA	NEIN
Ich kann mit mehreren Personen in einem RAUM schlafen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann in einem STOCKBETT OBEN schlafen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist in Ordnung für mich in einem ZELT/HÜTTE zu schlafen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Besondere Schlafgewohnheiten:

Danke für die wertvollen Informationen!!!

Dieses Dossier wurde ausgefüllt am / von

Ort / Datum

Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

und

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:

info@kunterbunt-reisen.de

oder

KUNTERBUNT e.V.

Dr.- August - Einsele - Ring 12 82418 Murnau