

FRAGENKATALOG – Reiseteilnehmer*in



Gespräch mit: _____ am _____

Name TN _____

Reise: _____

MOBILITÄT		Fußgeher*in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
		Wie weit?	
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art des Rollstuhls (Handrolli, Größe, Gewicht, faltbar, ...)	
		Wie weit kann allein gefahren werden?	
		Ist Schiebehilfe notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Transfer	Ist selbständiger Transfer in Bus, Flugzeug, ... möglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ist Stehen möglich?
	Sind techn. Hilfsmittel notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?
	Gewicht:		
Gehilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art der Gehilfe (Rollator, mit/ohne Sitzgelegenheit, faltbar, ...)	
		Wird nur im Zimmer verwendet od. auch unterwegs?	
		Welche Distanzen können zurückgelegt werden?	
		Sollen wir Rollstuhl mitnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

PFLEGE		notwendig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anmerkungen			

MEDIKAMENTE		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Selbständige Einnahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Medikamentenliste vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

INKONTINENZ		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wie umfangreich ist die Inkontinenz?			
Werden Einlagen getragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?	
tagsüber/nachts			

KOMMUNIKATION		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist Verständigung möglich? Können Bedürfnisse mitgeteilt werden, ..?			

KOOPERATION	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bleibt TN bei der Gruppe? Werden Vereinbarungen eingehalten? ...	

ESSEN			
Essgewohnheiten			
Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?	
Ist Unterstützung notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche Art?	

DEMENZ		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie ausgeprägt ist die Demenz?		
Wie macht sie sich bemerkbar?		
Was ist zu beachten?		

DIABETES		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Form?		
Medikamente		
Spritzen (Ist Verabreichung nötig?) Wie oft muss gespritzt werden?		

ALLERGIEN		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche?		
Worauf muss geachtet werden?		

SEHBEEINTRÄCHTIGUNG		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grad der Sehbeeinträchtigung (Tunnelblick, ...)		
Wird ein Gehstock verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist Hilfe beim Gehen notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art der Hilfe?

Sonstige Anmerkungen: