

## ANMELDEFORMULAR ATEMPAUSE

Bitte beachten Sie, dass nur eine unterzeichnete Datenschutzverordnung und eine vollständig ausgefüllte Anmeldung bearbeitet werden kann. Nicht Zutreffendes streichen Sie bitte.

Um möglichst vielen Menschen einen Atempause Urlaub zu ermöglichen, gilt die Anmeldung nur für ein Atempause Angebot. Wir möchten Sie informieren, dass Personen, die noch nie an einem Atempause Urlaub teilgenommen haben im Anmeldungsvorgang bevorzugt werden. Sofern Sie sich für einen weiteren Urlaub anmelden, werden Sie vorerst in einer Warteliste vermerkt.

Im Falle eines freigewordenen Platzes kontaktieren wir Sie gerne.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass wir keine Vorreservierungen entgegennehmen können.

### Persönliche Daten (Bitte alles in Blockbuchstaben ausfüllen)

Ich melde mich verbindlich für eine Woche Urlaub an:

Termin ..... Urlaubsort .....

Vorname .....

Nachname .....

Postleitzahl ..... Ort .....

Straße .....

Geb.Dat ..... Telefon .....

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

Ich möchte das Doppelzimmer teilen mit: .....

## Teilnahmevoraussetzungen

- Die TeilnehmerInnen sollen sich im rehabilitativen Stadium befinden und müssen den Alltag selbständig bewältigen können.
- Keine akute Pflegebedürftigkeit
- Keine akute Suchterkrankung, kein problematischer Umgang mit Alkohol und/oder anderen Suchtmitteln
- Wir bitten um Verständnis, dass im Rahmen des Atempause Urlaubprojektes die Mitnahme von Rollstuhl, Rollator und dergleichen nicht möglich ist.  
Eine Mobilitätseinschränkung (z.B. Gehstock, Krücke) muss vorab im Anmeldeformular bekanntgegeben werden. Wegzeiten von ca. 45 Minuten zu Fuß sollten für die TeilnehmerInnen mühelos bewältigbar sein.
- Eigenverantwortlicher Umgang mit Medikamenten. Die Medikamenteneinnahme wird nicht kontrolliert oder dokumentiert.
- „Notfallmedikamente“ sind mit dem behandelnden Arzt zu besprechen und sind in dementsprechender Menge mitzunehmen.
- Eigenverantwortlicher Umgang mit Geld (Depotverwaltung ist möglich).
- Bereitschaft sich auf Aktivitäten in einer Kleingruppe einzulassen.  
In diesem Setting können wir keine Einzelbetreuung anbieten.
- Zumindest eine Betreuungs- bzw. Kontaktperson muss für Notfälle erreichbar sein. Bitte geben Sie die Zeiten der Erreichbarkeit am Anmeldeblatt bekannt. Im Falle eines frühzeitig notwendig gewordenen Urlaubsabbruchs ist die Angabe einer Kontaktperson notwendig, die die Rückreise organisieren und falls notwendig begleiten kann.
- Für die Aufenthalte in Ungarn, Italien, Kroatien und in der Slowakei sind gültige Reisedokumente (Reisepass oder Personalausweis) mitzunehmen.

Bitte beachten Sie dazu die ausführliche Beschreibung der Teilnahmevoraussetzungen in der beiliegenden Informationsbroschüre oder auf unserer Homepage [www.atempause.at](http://www.atempause.at) unter Voraussetzungen.

Um im Falle einer Krise adäquat und fachgerecht reagieren zu können, bitten wir um Angabe folgender Informationen – diese werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt:  
(Bitte alles in Blockbuchstaben ausfüllen)

Diagnose nach ICD10:

.....

Ansprechperson/en in Notfällen mit **Name und Telefonnummer** (unbedingt notwendig):  
Ansprechperson/en, die im Falle eines notwendig gewordenen Urlaubsabbruchs, die Organisation der Rückreise sowie eine allfällige Begleitung gewährleisten kann/können.

.....

.....

Wesentliche Informationen über Ihren **derzeitigen Gesundheitszustand** (spezielle Ängste, z.B. Höhenangst):

Wir weisen darauf hin, dass eine akute Suchterkrankung, ein problematischer Umgang mit Alkohol und/oder anderen Suchtmitteln, eine akute Pflegebedürftigkeit für die Teilnahme an einem Atempause Urlaub Ausschlussgründe sind.

.....

Besteht bei Ihnen eine **Mobilitätseinschränkung** (z.B. Gehstock, Krücke)?

Wir bitten um Verständnis, dass die Mitnahme von Rohlstuhl, Rollator und dergleichen im Rahmen des Atempause Urlaubes nicht möglich ist.

Wegzeiten von ca. 45 Minuten zu Fuß sollten für die TeilnehmerInnen mühelos bewältigbar sein.

.....

Bisherige Urlaubs- und Freizeiterfahrungen:

.....

Sonstiges (besondere Hinweise, Unverträglichkeiten, vegetarische Kost, etc.):

.....

Haben Sie **Allergien**? (Penicillin, Wespenstich, etc.).  
Wenn ja, bitten wir Sie dementsprechende Medikamente mitzunehmen.

.....  
.....

Müssen Sie eine **Diät** einhalten?

.....

Sind Sie **Zuckerkrank**? Wenn ja, insulin- oder medikamentenpflichtig?

.....

Angaben zur Medikation (Bitte alles in Blockbuchstaben ausfüllen)

**MEDIKATION DARF NUR VOM ARZT/VON DER ÄRZTIN AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN WERDEN:**

Morgens .....

Mittags .....

Abends .....

Nacht .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel Arzt/Ärztin

**Es werden gängige, rezeptfreie Medikamente in Form einer Urlaubsapotheke mitgeführt. Diesbezügliche Unverträglichkeiten müssen am Anmeldeformular angegeben werden.**

Wir bitten um Verständnis, dass wir im Rahmen unserer Urlaubsorganisation unbedingt über Ihre persönlichen Angaben informiert werden müssen. Nur wenn wir Bescheid wissen, können wir verantwortungsvoll und zielgerecht für optimale Urlaubsbedingungen sorgen.

### Wichtige Informationen

Da es unser Bestreben ist, das Projekt Atempause möglichst vielen Menschen zugänglich zu machen, bitten wir Sie um Verständnis, dass Personen die erstmals an einem Urlaub teilnehmen möchten bevorzugt berücksichtigt werden.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Anmeldung erst **nach Erhalt der Zahlung** bis spätestens 3 Wochen vor Urlaubsantritt gültig ist.

**Stornogebühr** – Details dazu finden Sie in der beiliegenden Informationsbroschüre und auf der Atempause Website unter dem Punkt Anmeldemodus.

Bei Besachaltung ist zusätzlich die Unterschrift und Einverständniserklärung der Erwachsenenvertreterin/des Erwachsenenvertreterin erforderlich.

Mit meiner/unserer Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben bestätigt. Ich/wir habe/n die „Teilnahmevoraussetzungen“ sowie die beiliegende Informationsbroschüre von pro mente Austria gelesen und erkläre/n unser ausdrückliches Einverständnis.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift TeilnehmerIn

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel ErwachsenenvertreterIn

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel BetreuerIn