

Jahr: **2017**

Name, Vorname Urlauber/in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ m Gewicht: \_\_\_\_\_ kg für die Auswahl der Reisebegleiter/innen bei Pflegebedarf

**Für folgende Reisen wird oben genannte/r Urlauber/in verbindlich angemeldet:**

		Abrechnung über		
		Selbstzahler	Verhinderungspflege	Entlastungsbetrag
1. Ort		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termin	<input type="checkbox"/> und / <input type="checkbox"/> oder			
2. Ort		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termin	<input type="checkbox"/> und / <input type="checkbox"/> oder			
3. Ort		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termin	<input type="checkbox"/> und / <input type="checkbox"/> oder			

Unterlagen und Rechnungen sind zu senden an: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie um eine realistische Einschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs in neuer Umgebung, mit nicht vertrauten Reisebegleiter/innen, damit ein erholsamer und nachhaltiger Urlaub für alle möglich ist:

 Rollstuhlfahrer/in Welche Art:  E-Rollstuhl  klappbar  nicht klappbar

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Angaben Rollstuhl: Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Höhe: \_\_\_\_\_ cm Tiefe: \_\_\_\_\_ cm

Breite zusammengeklappt: \_\_\_\_\_ cm Breite ausgeklappt: \_\_\_\_\_ cm

 Beförderung im Rollstuhl  Beförderung in Sitzschale/Kindersitze

Sonstige Hilfsmittel (z.B. Rollator, WC-Stuhl, Pflegebett; bitte Rücksprache mit dem Reisebüro: die Mitnahme kann nicht immer garantiert werden): \_\_\_\_\_

 Pflegegrad:  keiner  1  2  3  4  5 Hilfebedarfsgruppe\*:  1  2  3  4  5

\*betrifft nur Urlauber/innen, die im Wohnheim oder in einer Außenwohngruppe wohnen

 Ist erhöhte Pflege/Begleitung nötig (Kosten wie Pflegegrad 4)?  Ja  Nein

 Ist Einzelbetreuung nötig (Kosten wie Pflegegrad 5)?  Ja  Nein

 Ich habe eine/n persönliche/n Assistenten/in? Name: \_\_\_\_\_

 Sondernahrung: wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

 Ist die/der Urlauber/in Allergiker/in?  Ja  Nein

 Ist die/der Urlauber/in Diabetiker/in?  Ja  Nein

 Hat der/die Urlauber/in eine private Haftpflichtversicherung?  Ja  Nein

 Der Abschluss einer Reiserücktrittskostenversicherung über die Lebenshilfe Dresden e.V. ist gewünscht (siehe Reisebedingungen im Katalog 2017)?  Ja  Nein

Mit der Unterschrift werden die rückseitig abgedruckten Reisebedingungen anerkannt.

**Einwilligungserklärung Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass die angegebenen Daten für die Durchführung der Freizeitreisen im Rahmen der gesetzlichen Regelungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden vertraulich behandelt. Diese Erklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Urlauber/in/Eltern/gesetzliche/r Betreuer/in \_\_\_\_\_