

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 _____