



## Name, Adresse

Name, Vorname Urlauber/in: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

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

Unterlagen und Rechnungen sind zu senden an:



## Anmeldung

**Einzelzimmer:** Ich möchte, wenn möglich, ein Einzelzimmer (gegen Aufpreis):  ja

**Haftpflicht:** Ich habe eine Haftpflichtversicherung:  ja  nein

**Reiserücktritt:** Ich möchte eine Reiserücktrittsversicherung:  ja  nein

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

Bitte senden Sie uns mit der Anmeldung eine schriftliche Bestätigung des Pflegegrades zu.

### A) Reisen im Sommer: Juni bis September 2023: Ich melde mich für folgende Reise/n im Sommer verbindlich an (Abrechnungsart unbedingt ankreuzen):

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

### B) Sonstige Reisen: Ich melde mich für folgende Reise/n verbindlich an (Abrechnungsart unbedingt ankreuzen):

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



## Assistenzbedarf

Damit Sie sich auf der Reise wohlfühlen und es ein schöner Urlaub für Sie wird, benötigen wir noch ein paar Informationen.

### Grad der

**Behinderung:** Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ %    Merkzeichen B:    ja    nein  
Wertmarke \_\_\_\_\_    Gültigkeit    ja    nein

**Mehrbedarf:** Ich habe einen Mehrbedarf und benötige einen erhöhten Betreuungsschlüssel:  
(Mehrbedarf: Ich wünsche mehr Assistenz als es meinem Pflegegrad entspricht.)

Schlüssel ca. 1:3: 1 Assistent/in begleitet 3 Reisende (Kosten wie Pflegegrad 3)

Schlüssel ca. 1:2: 1 Assistent/in begleitet 2 Reisende (Kosten wie Pflegegrad 4)

Schlüssel ca. 1:1: 1 Assistent/in begleitet 1 Reisende/n (Kosten wie Pflegegrad 5)

Mein/e Wunschassistent/in: \_\_\_\_\_

**Fortbewegen:** Ich kann schlecht laufen:  ja     nein  
Ich benötige:  Gehhilfe     Rollator     Rollstuhl

**Rollstuhl:** Welche Art:  E-Rollstuhl     klappbar     nicht klappbar    Anzahl: \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Angaben: Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    Höhe: \_\_\_\_\_ cm    Tiefe: \_\_\_\_\_ cm  
Breite zusammengeklappt: \_\_\_\_\_ cm    Breite ausgeklappt: \_\_\_\_\_ cm

Beförderung im Rollstuhl     Beförderung in Sitzschale/Kindersitz

Bei Benutzung eines E-Rollstuhls: Bitte senden Sie uns eine Kopie des Datenblattes und Angaben zu Akku und Schiebehilfe zu.

**Hilfsmittel:**  Toilettenstuhl     Lifter     Pflegebett     \_\_\_\_\_

Bitte sprechen Sie das Reisebüro an, wenn Sie ein Hilfsmittel benötigen. Eine Mitnahme kann nicht immer garantiert werden. Ggf. ist das Hilfsmittel vor Ort und kann gegen einen Kostenbeitrag ausgeliehen werden.

**Essen:** Ich habe besondere Essenswünsche/Unverträglichkeiten:  ja     nein  
Welche: \_\_\_\_\_

**Chronische Erkrankung:**  Diabetes     Anfallserkrankung     Allergie/n: \_\_\_\_\_

**Die Reisebedingungen und Datenschutzeinwilligungserklärung (siehe Internetseite oder Katalog) werden mit der Unterschrift anerkannt.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Urlauber/in bzw. gesetzliche Vertretung