

**Name, Adresse**
Name, Vorname Urlauber:in: _____ **geboren am:** _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Unterlagen und Rechnungen sind zu senden an:

Adresse: _____

Telefon, E-Mail: _____

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

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.


Fortbewegen: Ich kann schlecht laufen: ☐ ja ☐ nein

 Ich benötige: ☐ Gehhilfe ☐ Rollator ☐ Rollstuhl

 QR-Code:
 Internetseite
 Reisebüro
Grad der
Behinderung: Grad der Behinderung _____ % Merkzeichen B: ☐ ja ☐ nein

 Wertmarke _____ Gültigkeit ☐ ja ☐ nein

Mehrbedarf: Ich habe einen Mehrbedarf und benötige eine erhöhte Assistenz:
 (Mehrbedarf: Ich wünsche mehr Assistenz, als es meinem Pflegegrad entspricht.)

☐ Assistenz-Schlüssel 1:3: 1 Assistent:in begleitet 3 Reisende

☐ Assistenz-Schlüssel 1:2: 1 Assistent:in begleitet 2 Reisende

☐ Assistenz-Schlüssel 1:1: 1 Assistent:in begleitet 1 Reisende:n

☐ Mein:e Wunschassistent:in: _____

Ich melde mich verbindlich für folgende Reise/n an:
Ich möchte eine Rechnung:

	Ort	Termin	Gesamtkosten	Kosten für Reise und Assistenz*
1.			☐	☐
	☐ und / ☐ oder			
2.			☐	☐
	☐ und / ☐ oder			
3.			☐	☐
	☐ und / ☐ oder			
4.			☐	☐
	☐ und / ☐ oder			
5.			☐	☐

*Bitte ankreuzen: Wenn Sie die Rechnung über einen Kostenträger abrechnen möchten.
 Bei nachträglicher Rechnungsumschreibung/-korrektur werden 10,00 Euro berechnet.



Assistenzbedarf

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

Fortbewegung: Welche Art des Rollstuhls nutzen Sie?

☐ E-Rollstuhl ☐ klappbar ☐ nicht klappbar Anzahl: _____

Sonstiges: _____

Angaben: Gewicht: _____ kg Höhe: _____ cm Tiefe: _____ cm

Breite zusammengeklappt: _____ cm Breite ausgeklappt: _____ cm

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

☐ Beförderung im Rollstuhl

☐ Beförderung auf den Autositz oder Bussitz (umsetzbar)

Hilfsmittel die mitgebracht oder benötigt werden:

☐ 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: _____

Haftpflicht: Ich habe eine Haftpflichtversicherung: ☐ ja ☐ nein

Das ist mir sonst noch wichtig:

Hinweis: Im Jahr 2027 treten Änderungen in der Pflegeversicherung (SGB XI) in Kraft. Das wird Auswirkung auf die Erstattung der Kosten für die Assistenz auf Reisen haben. Es kann sein, dass Sie keine Gelder über die Pflegekasse erstattet bekommen. Die Änderungen sind beim Druck des Katalogs noch nicht bekannt.

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

Ort, Datum

Unterschrift
Urlauber:in bzw. gesetzliche Vertretung