

# Anmeldung Reisen

An  
Familienunterstützender Dienst/ Freizeit & Reisen  
Franz-Hecker-Straße 20  
49593 Bersenbrück

Bitte füllen Sie Ihre Anmeldung vollständig aus, sonst können wir sie nicht bearbeiten.  
Ihre Anmeldung muss unterschrieben sein.

## Diese 4 Reiseziele kommen für mich in Frage:

Meine Lieblingsreise steht ganz oben.

1. Reisennummer, Reiseort: \_\_\_\_\_
2. Reisennummer, Reiseort: \_\_\_\_\_
3. Reisennummer, Reiseort: \_\_\_\_\_
4. Reisennummer, Reiseort: \_\_\_\_\_

**Möchten Sie, wenn genügend Reiseplätze  
vorhanden, an mehr als einer Reise teilnehmen?**

Ja  Nein

**Es gibt eine\*n Freund\*in, mit dem/der ich gerne zusammen  
die Reise unternehmen möchte:**

\_\_\_\_\_

## Meine Kontaktdaten

An diese Adresse werden alle umfangreichen Informationen und auch der Teilnehmerbogen zur Abfrage des Unterstützungsbedarfes gesendet

Name \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Wir senden Ihnen eine E-Mail, wenn wir das Anmeldeformular erhalten haben. Sie können auch anrufen und nachfragen.

## Rechnungsempfänger\*in

An diese Adresse werden die wichtigsten Informationen gesendet und auch die Rechnung.

- Bin ich selber, siehe „Meine Kontaktdaten“
- Ist mein/e Angehörige\*r oder gesetzliche/r Betreuer\*in:

Name \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Wir senden Ihnen eine E-Mail, wenn wir das Anmeldeformular erhalten haben. Sie können auch anrufen und nachfragen.

## Weitere Informationen über mich

Gewissenhafte und vollständige Angaben sind zwingend erforderlich.

**Pflegegrad**    OHNE    1    2    3    4    5

### Ich bin Rollstuhlfahrer

Ja    Nein    Ich habe einen Bedarfsrollstuhl

### Wenn ja, welche Art Rollstuhl haben Sie?

Schieberollstuhl    Elektrorollstuhl

### Können Sie sich in ein Fahrzeug umsetzen?

Ja    Nein

### Unterbringung im Einzelzimmer:

erforderlich

### Folgende Hilfsmittel brauche ich auf der Reise:

Pflegebett    Lifter    Duschstuhl    Toilettenstuhl  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_    Ich bringe Hilfsmittel mit.

### Betreuungskostenabrechnung über:

Entlastungsbetrag § 45 SGB XI oder  
 Verhinderungspflege § 39 SGB XI oder  
 Privat (Selbstzahler) oder  
 Ich bitte um Beratung.

---

Datum / Ort / Unterschrift (bei Bedarf gesetzliche Betreuung)