

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

Wichtig: nur **vollständig ausgefüllte** und **unterschiedene** Anmeldungen können bearbeitet werden.

Diese 4 Reiseziele kommen für mich in Frage:

Anmeldung bis zum 31.01.2024!

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 _____

Handy _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

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 _____

Handy _____

E-Mail _____



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 (teurer!): erforderlich

Einzelzimmer gibt es nur in besonderen Ausnahmefällen. GGfs. entstehen Mehrkosten!

Folgende Hilfsmittel brauche ich auf der Reise:

Pflegebett Lifter Duschstuhl Toilettenstuhl
 Sonstiges: _____ Ich bringe Hilfsmittel mit

Kosten für ein Pflegebett werden ggfl. zusätzlich in Rechnung gestellt!

Ich habe eine **Nahrungsmittelunverträglichkeit:**

Ja Nein Welche: _____

Betreuungskostenabrechnung über:

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Reisebedingungen und Regeln zur Teilnahme zur Kenntnis genommen zu haben und erkenne diese verbindlich an.

Datum / Ort / Unterschrift (bei Bedarf gesetzliche Betreuung)

