

Ausgefüllt von

1: Wunsch
Reise Nr.:

Ort

Reisetermin

2: Wunsch
Reise Nr.:

Ort

Reisetermin

3: Wunsch
Reise Nr.:

Ort

Reisetermin

Informationen Reisegast

Vorname

Nachname

Straße

PLZ/Ort

Geb.
Datum

Telefon

E-Mail

SB Ausweis: GdB,
Merkzeichen

Ich bin

intern (intern= Bethel, integra e. V.)

extern

Rechnungsadresse

Vorname

Nachname

Straße

PLZ/Ort

Kontaktperson für Rückfragen (z. B. Angehörige, Bezugsperson, gesetzl. Betreuung)

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon /
mobil Die Reisebedingungen erkenne ich hiermit an. Meine gesetzliche Betreuung ist über meine Reiseanmeldung informiert und stimmt zu.

Ort

Datum

Unterschrift Reisegast_____
Unterschrift der Bezugsperson oder falls
zutreffend der gesetzlichen Betreuung**Bitte wenden!**

- Rollator Gehstock Unterstützung durch Einhaken
 Gehhilfe (z. B. Unterarm-Gehwagen) Rollstuhl E-Rollstuhl

Ich benutze einen Rollstuhl

- Ich benutze einen Rollstuhl und kann nur im Bulli direkt auf einen Fahrzeugsitz umgesetzt werden
 Ich benutze einen Rollstuhl, kann aber mit Hilfe einige Stufen in den Bulli steigen
 Ich benutze einen Rollstuhl und muss im Rollstuhl befördert werden

Hilfsmittel Ich benötige

- Stuhl mit Armlehnen Apnoe-Schlafmaske
 Katheter Insulinspritzen PEG Toilettenstuhl Duschstuhl Epicare (nächtl. Epilepsie)
 Pflegebett Bettgitter Lifter Aufstehhilfe Sauerstoff Inkontinenzhilfen

Begleitung/Unterstützung

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilettengänge | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitungen | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Duschen | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitungen | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitungen | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Zähneputzen | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitungen | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Rasur | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitungen | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitungen | <input type="checkbox"/> Übernahme |

- stellvertretende Übernahme komplette Körperpflege

Besondere Anforderungen

- Verweigerungsverhalten (z.B. bei Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme, Körperhygiene, Pflege)
 Aggressionen sich selbst oder anderen gegenüber
 Weglauftendenzen
 Autismus-Spektrum
 Demenz
 Lärmempfindlichkeit
 Reisen nur in Kleingruppen (maximal sechs Reisegäste pro Gruppe)
 Sonstiges _____

Zimmer

Ich wünsche Doppelzimmer Einzelzimmer

- aus bestimmten Gründen nur Einzelzimmer möglich (z.B. Nachtaktivität/Apnoe-Schlafmaske/Blindheit)

Ich möchte ein Zimmer teilen mit

Kostenpflichtige Leistungen (wird geprüft, ob möglich)

Ich benötige

- nächtliche Pflege/eine Nachtwache zwischen 23:30 Uhr und 6:30 Uhr

- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben

Datum

Unterschrift

Bitte wenden!