

LFR Lebensfreude Reisen gGmbH
Am Volkspark 1
50321 Brühl



Reiseanmeldung

Buchungsnummer

Reiseziel

Reisezeitraum

Reiseteilnehmer

*Schreiben Sie alle Namen wie im Personalausweis.
Legen Sie eine Kopie des Behindertenausweises bei*

Rechnungsempfänger (Vertragspartner)

Falls nicht Reiseteilnehmer

Name, Vorname

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Einrichtung

Telefon: privat

dienstlich

Geburtsdatum

mobil

E-Mail

Geschlecht

Institution / Verwandtschaftsverhältnis

LVR-Aktenzeichen / Eingliederungshilfe

Wir möchten während der Urlaubsreise die Möglichkeit haben, Informationen einzuholen. Hierzu benötigen wir die Daten des gesetzlichen Vertreters. Falls diese Daten unter „Vertragspartner“ stehen, können Sie hier weitere Ansprechpartner benennen. Falls der gesetzliche Betreuer noch nicht genannt wurde, tragen Sie diesen bitte hier ein.

Name, Vorname

Name, Vorname

Anschrift

Anschrift

Telefon

E-Mail

Telefon

E-Mail

Institution / Verwandtschaftsverhältnis

Institution / Verwandtschaftsverhältnis

Zusatzleistungen

Bitte beachten Sie, dass zusätzliche Leistungen Mehrkosten verursachen

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|------|-----|
| Buchung eines Einzelzimmers | - nach Möglichkeit | ja | nein | ___ |
| | - unbedingt erforderlich | ja | nein | |
| Buchung einer Reiserücktrittsversicherung | | ja | nein | |
| Buchung einer Auslandskrankenversicherung | | ja | nein | |
| Transfer am An- und Abreisetag | | ja | nein | |
| Adresse: _____ | | | | |
| Ich benötige eine 1:1 Betreuung | | ja | nein | |
| Begründung: _____ | | | | |
| Ich benötige in der Nacht Dienstleistungen und Hilfestellungen | | ja | nein | |
| Begründung: _____ | | | | |
| Ich muss im Auto/Bus im Rollstuhl sitzend transportiert werden | | ja | nein | |

Unterstützungsbogen

Um Sie optimal betreuen zu können, schätzen Sie bitte Ihren Hilfebedarf für uns ein

Pfleigestufe	Pflegegrad
keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	keinen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

Art der Behinderung
geistig <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung <input type="checkbox"/> Lernbehinderung <input type="checkbox"/> psychisch <input type="checkbox"/>

Ich habe Verhaltensauffälligkeiten
keine <input type="checkbox"/> Autoaggression <input type="checkbox"/> Fremdaggression <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/>
Sonstige: _____

Ich bin Rollstuhlfahrer (bitte Parkausweis mitnehmen) und habe einen
Faltrollstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Sitzschale <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> bei Ausflügen <input type="checkbox"/> auch bei PKW-Beförderung <input type="checkbox"/>
Ich benutze einen
Rollator <input type="checkbox"/> Gehwagen <input type="checkbox"/> Dusch-WC-Stuhl <input type="checkbox"/> mobilen Lifter <input type="checkbox"/>

Ich habe einen Behindertenausweis
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Grad der Behinderung: _____ %
Merkzeichen: B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> GL <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/>

Hilfsmittel
Hörgerät <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Prothese <input type="checkbox"/>

Medikamenteneinnahme

nein ja selbstständig Übernahme durch Betreuer
 (Genauere Angaben zu Medikamenten bitte auf gesondertem Medikamentenblatt eintragen und bis zum Vortreffen einreichen)

Kompetenz

Ich kann sprechen: ja nein lesen: ja nein schreiben: ja nein

Allgemeines

Ich habe Diabetes ja nein Insulinpflichtig ja nein
 Ich habe Epilepsie ja nein Wie häufig treten Anfälle auf und wann zuletzt?

Ich habe eine Infektionskrankheit z.B. Hepatitis B/C ja nein

Welche? _____

Ich habe Unverträglichkeiten/Allergien ja nein

Welche? _____

Ich brauche regelmäßig Ruhepausen ja nein

Falls ja, in welchem Umfang? _____

Pflegerische Leistungen sind unbedingt zu erbringen

eine Frau einen Mann nicht buchungsrelevant

Pflege und Mobilität	Selbstständig	Erinnerung & Kontrolle	Hilfe	Ergänzungen
Essen				
Trinken				
An-, Auskleiden				
Waschen				
Duschen				
Zähneputzen				
Rasieren				
Antithrombosestrümpfe				
Gehen		---		
Treppe gehen		---		
Hebehilfe		---		
Toilettengang				
Urininkontinenz	ja	geleg.	nein	Hilfsmittel:
Stuhlinkontinenz	ja	geleg.	nein	Hilfsmittel:

Was Sie sonst noch über mich wissen sollten

Einverständniserklärungen

Allgemeines

- Ich bin sicher im Straßenverkehr ja nein
- Ich darf ohne Reisebegleiter am Urlaubsort unterwegs sein ja nein
- mindestens zu zweit ja
- Ich benötige Hilfe bei der Einteilung des Taschengeldes ja nein
- Ich darf Alkohol trinken ja nein

Fotos während der Reise

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass während der Reise Fotoaufnahmen gemacht werden, die eventuell in Veröffentlichungen der Lebensfreude Reisen gGmbH Verwendung finden
ja nein

Badeerlaubnis

Ich habe eine Badeerlaubnis ja nein Schwimmer Nichtschwimmer

Folgendes ist beim Schwimmen zu beachten: _____

Folgende Hilfsmittel sind zu verwenden: _____

Wir sind darüber informiert, dass es sich bei möglichen Badeaktivitäten um individuelle Freizeitaktivitäten der Reiseteilnehmer handelt. Das Betreuungspersonal ist fachlich nicht qualifiziert, Schwimmunterricht zu erteilen oder eventuell notwendige lückenlose Aufsicht beim Schwimmen zu gewährleisten.

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite oder im Katalog über den Termin zum Vortreffen.
Eine Einladung per Email erhalten Sie einige Tage vorher.

Datum, Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)