

BITTE PER FAX AN: 06572 / 932938

PER E-MAIL AN: [reisen@sos-pflege.de](mailto:reisen@sos-pflege.de)

POSTANSCHRIFT: ABS e.V. SCHULWEG 1 - 54531 MEERFELD

NAME:	VORNAME:	GEB.DATUM:	
(ggf. Anschrift der Stationären Unterbringung - inkl. Name und Tel.Nr. des Ansprechpartners / Betreuers)			
STRASSE:	PLZ:	ORT:	
TEL.:	FAX:	EMAIL:	
KRANKENKASSE:	VERS.NR.:		
PFLEGESTUFE:	seit:	BETREUUNGS-STUFE:	seit:

➤ **SUCHE PREISWERTE BETREUTE REISE für o. g. NEUROLOGISCH ERKRANKTE  
BETREUUNGS - UND PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON**

Bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>	Bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>	Arbeiten Sie mir bitte andere Reisen nach:  _____ oder:  _____ aus
an die Costa Blanca	an die Costa Brava	
nach Marienbad	zur Kur an die polnische Ostsee	
an die Lübecker Bucht	nach Südtirol	
auf eine griechische Insel	in den Bayerischen Wald	
z. Kur nach Bad Bertrich / Mosel	an die Nordsee	
als Donaukreuzfahrt	als Mittelmeerkreuzfahrt	

- BIN ANSPRUCHSBERECHTIGT nach § 39 und gleichzeitig nach § 45 SGB XI \_\_\_\_\_
- BIN nur nach § 39, SGB XI (Pflegebedarf bei Stufe 1-3) ANSPRUCHSBERECHTIGT \_\_\_\_\_
- BIN nur nach § 45, SGB XI (Betreuungsbedarf 1-2 ) ANSPRUCHSBERECHTIGT \_\_\_\_\_



ICH LEBE DAHEIM: \_\_\_\_\_



IM HEIM: \_\_\_\_\_



IM BETREUTEN WOHNEN: \_\_\_\_\_

ICH BIN ROLLSTUHLFAHRER /IN UND BENÖTIGE am  URLAUBS-ORT	 ein ROLLSTUHLGERECHTES FAHRZEUG <input type="checkbox"/>	 ein ROLLSTUHLGERECHTES BADEZIMMER <input type="checkbox"/>
--	--	--

ICH KANN ALLEINE : ESSEN/TRINKEN  STEHEN  GEHEN  ZUR TOILETTE GEHEN

ICH BENÖTIGE HILFE BEIM: ESSEN/TRINKEN  STEHEN  GEHEN  ZUR TOILETTE GEHEN

NUR AM TAG:  AUCH NACHTS:  INSGESAMT ETWA  STUNDEN

mein ARZT VERORDNETE

mir folgende Therapien:

ICH MACHE KEINE KUR –

sondern nur URLAUB