

# ANMELDUNG

Hiermit melde ich [ ] Person (en) zu einer betreuten Reise nach : \_\_\_\_\_ an  
hier z. Bsp.: Allgäu, Alicante, Bodensee, Dolomiten, eine Kreuzfahrt, Kroatien, Mosel, Moskau, Nordfriesland, Nordsee, Oberbayern, Paris, Polen, Tschechien, Tirol einsetzen  
Geplanter Reise-Zeitraum liegt zwischen dem: \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ 2010 ( ) 2011 ( ) 2012 ( )

das entspricht insgesamt: [ ] Tage [ ] Wochen. Ich (wir) plane(n) betreuten Urlaub ( ) betreute Kur ( )

ich / wir benötige (n) Einzelzimmer ( ) Doppelzimmer ( ) Appartement ( ) Abholung nicht erwünscht [ ]

rollstuhlgerecht n. DIN 18024 / 18025 [ ] nicht unbedingt rollstuhlgerecht [ ] Abholung erwünscht [ ]

1.Name, Vorname: : \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_

Pflege/Krankenkasse : \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

ich habe folgende Behinderung: [ z. Beispiel: Alzheimer] \_\_\_\_\_ in Prozent \_\_\_\_\_

ich wohne Zuhause [ ] in der Pflegeeinrichtung: \_\_\_\_\_

**ich habe in diesem Jahr Verhinderungspflege / Ersatzpflegeleistungen der Pflegekasse nach dem § 39, SGB 11**

(Ersatzpflegeleistungen während der Krankheits o. Urlaubsbedingten Abwesenheit der üblicherweise pflegenden Person - jährlicher Anspruch = 1510,- € maximaler Zeitraum = 28 Tage **Achtung !!! Dieser Anspruch verfällt zum Ende des Kalenderjahres** **Achtung ! Verhinderungspflege hat nichts mit Kurzzeitpflege zu tun** Kurzzeitpflege- Leistungen werden zusätzlich, für ebenfalls maximal 28 Tage bewilligt.

**bereits für ( ) Tage in Anspruch genommen ( ) noch nicht beansprucht**

**ich habe die Betreuungserschwerungszulage für an Demenz Erkrankte i. H. v. 1200,- € 2400,- € p.Jahr**

**bereits in Anspruch genommen ( ) noch nicht beansprucht ( )**

**Achtung ! Der Anspruch auf diese Betreuungserschwerungszulage verfällt nicht automatisch zum Jahresende - er kann mit in das nächste Halbjahr genommen werden.** Anspruchsberechtigt sind alle Personen mit einer diagnostizierten neurologischen Erkrankung (Alzheimer - Demenz - MS - Parkinson - in Situation nach Schlaganfall u.a., oder Personen mit psychischen, mentalen oder intellektuellen Auffälligkeiten, die der besonderen Fremdhilfe + Betreuung bedürfen.

**Meine letzte ambulante / teilstationäre Kur ( ) vollstationäre Kur ( ) war - vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_**

Alle drei Jahre gewährt Ihnen Ihre Krankenkasse die Möglichkeit, an einer präventiven Rehabilitations / Kur - Maßnahme im teilstationären Bereich teilzunehmen. Im vollstationären Bereich haben Sie diese Möglichkeit nur alle 4 Jahre, es sei denn, dass Sie schwerst erkrankt oder behindert sind.

2.Name, Vorname: : \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_

Pflege/Krankenkasse : \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

ich habe folgende Behinderung: [ z. Beispiel: Alzheimer] \_\_\_\_\_ in Prozent \_\_\_\_\_

ich wohne Zuhause [ ] in der Pflegeeinrichtung: \_\_\_\_\_

**ich habe in diesem Jahr Verhinderungspflege / Ersatzpflegeleistungen d. Krankenkasse**

**bereits für ( ) Tage in Anspruch genommen ( ) noch nicht beansprucht**

**ich habe die Betreuungserschwerungszulage für an Demenz Erkrankte i. H. v. 1200,- € 2400,- € p.Jahr**

**bereits in Anspruch genommen ( ) noch nicht beansprucht ( )**

**Meine letzte ambulante / teilstationäre Kur ( ) vollstationäre Kur ( ) war - vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_**

Bitte senden Sie mir / uns den Demenz-Fragebogen für die Familienanamnese ( ) den Antrag auf Verhinderungspflege ( ) den Rollstuhlfragebogen ( ) eine Kurort und Heil-Indikatoren Beschreibung für den Hausarzt ( ) zu.

ORT: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift zu 1: \_\_\_\_\_

ORT: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift zu 2: \_\_\_\_\_

ORT: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ ggf.Unterschr.Betreuer: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Sie erreichen mich telefonisch am besten zwischen .....Uhr und ..... Uhr unter der oben genannten Rufnummer