

BITTE PER POST AN: ODER PER E-MAIL AN: reisen@sos-pflege.de

ABS e.V. SCHULWEG 1 - 54531 MEERFELD Tel.06572 / 932905 (AB)

ERSTE PERSON = DIE KRANKE PERSON

1.NAME:.....VORNAME:.....GEB.DATUM:.....

GGF. die ZWEITE PERSON = BEGLEITPERSON

2.NAME:.....VORNAME:.....GEB.DATUM:.....

(ggf. Anschrift der Stationären Unterbringung - inkl. Name und Tel.Nr. des Ansprechpartners / Betreuers / WBL / PDL)

STRASSE: PLZ: ORT:

TEL./FAX: EMAIL:

KRANKENKASSE: VERS.NR.:

PFLEGESTUFE: seit: BETREUUNGS-STUFE: seit: BETREUER:

als Betreuer z. B. Name des Ehepartners / Sohn / Tochter o. Gesetzlicher Vormund

➤ MICH INTERESSIERT DIE PFLEGER u. BETREUER BEGLEITETE **KARIBIK KREUZFAHRT IM JANUAR 2011** FÜR DIE UNTER 1 AUFGEFÜHRTE NEUROLOGISCH ERKRANKTE BETREUUNGS u. PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON.

➤ ICH BITTE UM IHREN RÜCKRUF UNTER DIESER RUFNUMMER

Monat:	Bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>	Monat:	Bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>
SCHIFFSREISEN MIT BETREUUNG:			BETREUER KUR - URLAUB:		
Januar: Karibik-Kreuzfahrt ab / bis Florida (ab 306€)			<u>Bad Bertrich / Mosel</u> <u>Meduna-Klinik Haus Fortuna</u>		
März: Kreuzfahrt Westliches Mittelmeer (ab 469€)			<u>Nordsee Nordfriesland</u> <u>NF – Klinik Niebüll</u>		
März: Kreuzfahrt Östliches Mittelmeer (ab 599€)			<u>Polen / Ostsee/ Swinemünde</u> <u>Kurhotel</u>		
April: 14 Tage Donau-Kreuzfahrt (ab 599€)			<u>Tschechien / Marienbad</u> <u>Kurhotel</u>		
Juni: Schnupperkreuzfahrt Ostsee mit Anschluss Urlaub in der Lübecker Bucht (ab 275€)			BETREUTE FERIENAUFENTHALTE		
Okt.: Kreuzfahrt Östliches Mittelmeer (ab 369€)			SPANIEN: Costa Brava, Costa Blanca, Mallorca		
Nov.: Kreuzfahrt auf Rhein u. Mosel (ab 249€)			DEUTSCHLAND: Bayerischer Wald, Lübecker Bucht		
Nov./Dez.: Adventkreuzfahrt auf d. Donau (ab 399€)			ITALIEN: Südtirol		
			KROATIEN: Insel Rab		

➤ BIN ANSPRUCHSBERECHTIGT nach § 39 (VERHINDERUNGSPFLEGE) in Pflegestufe: (anerkannt seit:.....)

➤ BIN ANSPRUCHSBERECHTIGT nach § 45 (BETREUUNGSBEDÜRFTIG) in Kategorie: 100 € 200€ (seit: 20.....)



ICH LEBE DAHEIM: _____



IM HEIM: _____



IM BETREUTEN WOHNEN: _____

<p>ICH BIN ROLLSTUHLFAHRER /IN UND BENÖTIGE vom WOHNORT bis</p>  <p>zum URLAUBS / KUR-ORT / oder bei den SCHIFFSREISEN nebst RAHMENPROGRAMMEN</p>	 <p>ein ROLLSTUHLGERECHTES FAHRZEUG <input type="checkbox"/></p>	 <p>ein ROLLSTUHLGERECHTES BADEZIMMER <input type="checkbox"/> eine ROLLSTUHLGERECHTE SCHIFFSKABINE <input type="checkbox"/></p>
--	---	---

ICH BENÖTIGE HILFE beim ESSEN/TRINKEN STEHEN-GEHEN AN-AUSKLEIDEN TOILETTENGÄNGE

MEIN ARZT BFÜRWORDTET MIR FÜR DIE KUR VORAUSSICHTLICH FOLGENDE ANWENDUNGEN: