

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 ANGEKREUZTE PFLGER u. BETREUER BEGLEITETE **östliche Mittelmeerkreuzfahrt** FÜR DIE UNTER 1 AUFGEFÜHRTE NEUROLOGISCH ERKRANKTE BETREUUNGS - u. PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON.**

➤ **ICH BITTE UM IHREN RÜCKRUF UNTER DIESER RUFNUMMER**

Monat:	Bitte ankreuzen	<input checked="" type="checkbox"/>	Monat:	Bitte ankreuzen	<input checked="" type="checkbox"/>
SCHIFFSREISEN MIT BETREUUNG:			BETREUER KUR - URLAUB:		
Januar:	Karibik-Kreuzfahrt ab / bis Florida (ab 306€)		Bad Bertrich / Mosel	Meduna-Klinik Haus Fortuna	
März:	Kreuzfahrt Westliches Mittelmeer (ab 469€)		Nordsee Nordfriesland	NF – Klinik Niebüll	
März:	Kreuzfahrt Östliches Mittelmeer (ab 599€)		Polen / Ostsee/ Swinemünde	Kurhotel	
April:	14 Tage Donau-Kreuzfahrt (ab 599€)		Tschechien / Marienbad	Kurhotel	
Juni:	Schnupperkreuzfahrt Ostsee mit Anschluss Urlaub in der Lübecker Bucht (ab 275€)		BETREUTE FERIENAUFENTHALTE		
Okt.:	<u>Kreuzfahrt Östliches Mittelmeer (ab 369€)</u>		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 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: