

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 EINE PFLGER u. BETREUER BEGLEITETE REISE FÜR DIE UNTER 1 AUFGEFÜHRTE NEUROLOGISCH ERKRANKTE BETREUUNGS u. PFLEGEBEDÜRFTIGE PERSON, ICH BITTE UM IHREN RÜCKRUF!

Table with 2 columns for travel options and 2 columns for dates. Includes categories like 'SCHIFFSREISEN MIT BETREUUNG', 'BETREUER KUR - URLAUB', and 'BETREUTE FERIENAUFENTHALTE'.

- BIN ANSPRUCHSBERECHTIGT nach § 39 (VERHINDERUNGSPFLEGE) in Pflegestufe: ..... (anerkannt seit:.....)
➤ BIN ANSPRUCHSBERECHTIGT nach § 45 (BETREUUNGSBEDÜRFTIG) in Kategorie: 100 € [ ] 200€ [ ](seit: 20.....)

Icons of houses representing living arrangements: ICH LEBE DAHEIM: IM HEIM: IM BETREUTEN WOHNEN:

Section for accessibility needs. Includes text 'ICH BIN ROLLSTUHLFAHRER / IN UND BENÖTIGE vom WOHNORT bis', a wheelchair icon, and three photo boxes showing a wheelchair-accessible van and a bathroom with a shower chair.

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

BITTE RUFEN SIE MICH UNTER DIESER NR. ZURÜCK - Tel..... damit wir Details besprechen können

MEIN ARZT BFÜRWORDTET MIR FÜR DIE KUR VORAUSSICHTLICH FOLGENDE ANWENDUNGEN:

Empty rectangular box for listing medical applications.