

An:

Lebenshilfe Cuxhaven Assistenz gGmbH  
Neue Industriestraße 51  
27472 Cuxhaven

## REISE-GAST:

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nummer: \_\_\_\_\_

Postleit-Zahl und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburts-Datum: \_\_\_\_\_

Ich habe keine rechtliche Betreuung

Ich habe eine rechtliche Betreuung für diese Bereiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich möchte, dass Sie die gesamte Reise-Post (Reisebestätigung, Rechnungen, Einladungen zu den Vor- und Nachtreffen):

an mich, den Reise-Gast, senden

an meinen rechtlichen Betreuer senden. Der rechtliche Betreuer informiert mich.

## ERZIEHUNGS-BERECHTIGTER/RECHTLICHER BETREUER:

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nummer: \_\_\_\_\_

Postleit-Zahl und Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## ANMELDUNG FÜR:

Reise: \_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

Reise: \_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

Reise: \_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

ich möchte gerne an mehreren Reisen teilnehmen  eine Reise reicht mir

ich möchte gegen Aufpreis ein Einzelzimmer buchen (wenn verfügbar)

## REISE-GAST:

- Ich habe einen Behinderten-Ausweis:  ja  nein GdB: \_\_\_\_\_
- Mit folgenden Merkzeichen/ Buchstaben: \_\_\_\_\_
- Ich habe einen Pflege-Grad:  ja 1 2 3 4 5  nein
- Ich nehme Medikamente:  ja  nein  
(Sie erhalten einen Extra-Medikamenten-Bogen.)
- Ich gehe  kurze Strecken (unter 500m)  lange Strecken (über 2000 m)
- Ich habe eine Geh-Behinderung:  ja  nein
- Ich brauche:
  - einen Rollator  einen Roll-Stuhl  einen E-Roll-Stuhl
  - einen Dusch-/ Toiletten-Rollstuhl - Dieser muss Lehnen haben:
  - ein Pflege-Bett  einen Lifter
- Ich kann für die Fahrt auf einen Bus-Sitz umsteigen:  ja  nein
- Ich gehe nachts auf die Toilette  ja, \_\_\_\_\_ Mal/ e  nein
- Ich brauche dabei Unterstützung  ja  nein  
(Die nächtliche Begleitung kostet extra.)
- Ich habe:  Epilepsie  Diabetes
- Ich brauche Unterstützung im Umgang mit der Diabetes:  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  nein
- Ich brauche eine besondere Ernährung:  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  nein
- Ich habe eine Allergie/Allergien:  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  nein
- Ich trage:
  - Kompressions-Strümpfe  Korsett
  - Orthesen
- Ich brauche Hilfe bei: \_\_\_\_\_
- Worauf muss man achten (besondere Eigenarten etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ICH BEZAHLE DIE REISE/DIE REISEN:

• Ich stelle bei der Pflege-Kasse einen Antrag auf Verhinderungs-Pflege:

ja    nein    Was ist das?

• Ich bezahle:

die *Gesamt-Kosten (Grund-Preis und Kosten für Betreuung und Pflege)* vor der Reise

den *Grund-Preis* vor der Reise und die *Kosten für Betreuung und Pflege* nach der Reise

den *Grund-Preis* vor der Reise.

Die Kosten für Betreuung und Pflege bitte nach der Reise der Pflege-Kasse in Rechnung stellen.

Name der Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Pflegeversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Die Kosten-Zusage der Pflege-Kasse (Kopie und Abtretungserklärung) schicke ich der Assistenz.

## REISE-GAST

Ich habe die **Teilnahme-Bedingungen der Lebenshilfe Cuxhaven Assistenz gGmbH 2024** gelesen und bin damit einverstanden.

Ich teile **Veränderungen meines Gesundheits-Zustandes der Assistenz** umgehend mit.

X \_\_\_\_\_  
Datum

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Reise-Gastes

## ERZIEHUNGS-BERECHTIGTER/RECHTLICHER BETREUER

Ich bin mit den **Teilnahme-Bedingungen der Lebenshilfe Cuxhaven Assistenz gGmbH 2024** einverstanden.

Ich teile **Veränderungen des Gesundheits-Zustandes des Reise-Gastes** der Assistenz umgehend mit.

X \_\_\_\_\_  
Datum

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungs-Berechtigten/  
rechtlichen Betreuers