

## DIE REISEANMELDUNG

Bitte füllen Sie nachfolgende Reiseanmeldung (Vor- und Rückseite) sorgfältig und gewissenhaft aus.

Um eine ausgewogenen Balance in der persönlichen Betreuung zu gewährleisten, ist es wichtig, dass sie sich unseren Vorgaben entsprechend einordnen. Die Anzahl der ReisebegleiterInnen einer Reise ergibt sich erst nach den Reiseanmeldungen und den damit ermittelten Assistenzbedarf unserer Kunden. Eine grobe Fehleinschätzung (Falscheinstufung) kann zur Überlastung unserer Reisebegleiter und letztlich sogar zum Reiseabbruch des Kunden führen.

Beachten Sie bitte den Assistenzbogen „Pflege“. Wer Pflegeleistungen benötigt, also vorrangig die Assistenzstufe C oder D gewählt hat, kann hier seine benötigten Hilfen noch einmal ausführlicher benennen.

**Wichtig:** Beachten Sie bitte, dass Sie die Reiseanmeldung abschließend unterschreiben (bzw. von Ihrem gesetzl. Vertreter) und die Kästchen für die „Datenschutzerklärung“ und die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen“ nicht vergessen anzukreuzen.

### Assistenzausnahmen:

Leider ist es uns nicht möglich, jede Person mit Behinderung zu betreuen. Es gibt Bereiche, da stoßen unsere Reisebegleiter an Grenzen, teils auch bedingt durch die Infrastruktur (Reiseort und Hotel) oder fehlende Hilfsmittel. Bitte kontaktieren Sie uns bei Rückfragen.

### NICHT ODER NUR BEDINGT BETREUEN KÖNNEN WIR:

- Personen, die eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ benötigen – wir bieten weder eine Nachtwache noch ständige Aufsicht am Tage an.
- Personen, die in ihren Verhaltensweisen sehr auffällig und aggressiv (auch auto-aggressiv) sind, sich allem verweigern, absolute Einzelgänger sind oder stark von der Norm abweichendes Verhalten zeigen.
- Personen mit stark autistischen Verhaltenszügen und mit Ängsten in einer fremden Gruppe.
- Personen mit Hinlauff Tendenzen, wenn Aufsichtspflicht nicht mehr gewährleistet werden kann.
- Personen, die zwischen 22:00 Uhr abends und 6:30 Uhr morgens Pflege benötigen – wir bieten keine Nachtwache.
- Personen\*, die eine „Intensiv-Pflege“ oder eine weitestgehend „medizinische Pflege“ benötigen, wie z. B. Wundreinigungen, Zäpfcheneinführung, Anlegen von Kompressionsverbänden o. ä., Katheterisierung, Blasenspülungen etc. Auch leisten wir keine Gewichtskontrolle, Nagelpflege oder Flüssigkeitsbilanzierungen.
- Personen mit starker Inkontinenz (Harndrang / Blasenschwäche / Enuresis), die trotz Gebrauch von Inkontinenzmaterial regelmäßig (und vor allem nachts) in Kleidung und Bettzeug einnässen.
- Rollstuhlfahrer, die über 70 kg wiegen und auf Hebehilfen durch Reisebegleiter angewiesen sind.

Angaben zur Reise										
Reise-Nr.:	Verläng.-Woche:									
Reise-Ziel:	Reise-Termin:									
Reisepreis inkl. Assistenzleistung:	A <input type="radio"/>	B <input type="radio"/>	C <input type="radio"/>	D <input type="radio"/>	, - €					
Reisepreis Verlängerungs-Woche:					, - €					
An-, Abreise und weitere Buchungsdetails (siehe Reiseausschreibung)										
Abfahrtsort:	DO <input type="radio"/>	D <input type="radio"/>	E <input type="radio"/>	K <input type="radio"/>	MG <input type="radio"/>	DUS <input type="radio"/>	CGN <input type="radio"/>	D-HBF <input type="radio"/>	-	, - €
Zustieg (30,- €):	BI <input type="radio"/>	F <input type="radio"/>	HH <input type="radio"/>	H <input type="radio"/>	KA <input type="radio"/>	KS <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	N <input type="radio"/>		, - €
Selbstanreise:	Direkt zur Unterkunft (- 30,- €) <input type="radio"/>				Zum nächstgelegenen Bahnhof (50,- €) <input type="radio"/>					, - €
Sonstiges:										, - €
Hilfsmittel:	Faltrollstuhl (40,- €) <input type="radio"/>	Rollator (40,- €) <input type="radio"/>	DU/WC-Stuhl (40,- €) <input type="radio"/>	Rollstuhl (nicht faltbar) (80,- €) <input type="radio"/>						, - €
Zimmerwunsch:	Standard (3er-oder4er zimmer) <input type="radio"/>				DZ <input type="radio"/>	EZ <input type="radio"/>				, - €
Reiserücktrittskosten-Versicherung: (siehe Info Reiseversicherung S. 8)	ja <input type="radio"/>				nein <input type="radio"/>					, - €
special-plus Angebote:										, - €
Gebühren Finanzierungshilfen (50,- EUR)	Verhinderungspflege §39 SGB XI <input type="radio"/>		Betreuungsleistungen §45 SGB XI <input type="radio"/>							, - €
<b>Gesamtreisepreis:</b>										, - €
Angaben zur Person (ReiseteilnehmerIn)					Ich war bereits mit quertour unterwegs: ja <input type="radio"/>		nein <input type="radio"/>			
Name:				Geb.Dat.:						
Vorname:			w <input type="radio"/>	m <input type="radio"/>	Nationalität:					
ggf. Adresszusatz:				Telefon 1:						
				Telefon 2:						
Straße / Nr:				email:						
PLZ / Ort:										
Ich wünsche eine gemeinsame Zimmerbelegung mit:										
Angaben zum gesetzlichen Betreuer										
Name:				Telefon:						
Vorname:				mobil:						
Straße / Nr:				email:						
PLZ / Ort:										
Bitte den gesamten Schriftverkehr (Rechnung und Info-Schreiben) über mich abwickeln:									<input type="radio"/>	(bitte ankreuzen, sonst über den Reiseteilnehmer)
Finanzierungshilfen über die Kranken- bzw. Pflegekasse										
Für die Krankenkasse benötige ich:					Bescheinigung über Verhinderungspflege §39 SGB XI <input type="radio"/>		Bescheinigung über Betreuungsleistungen §45 SGB XI <input type="radio"/>			
Ich wünsche die Finanzierungshilfen nach §39 und §45 SGB XI über quertour (Gebühr 50,-€) abzurechnen. Den Antrag von S. 60 lege ich anbei.										<input type="radio"/>

## Persönliche Angaben zum Reiseteilnehmer

**Vorname:**

**Name:**

- Lern-, geistige Beh.  
  Körperbeh.  
  Psych. Beh.  
  Gehörlos  
  Sehbeh. (blind)  
  Autismus

### Ergänzungen und Erklärungen

- Epilepsie  
  Inkontinenz  
  Allergien / Unverträglichk.  
  Diabetes  
  Hepatitis  
  Sonstiges

### Ergänzungen und Erklärungen

**Was Sie sonst noch über mich wissen sollten:**

Behindertenausweis:      Grad der Beh.: \_\_\_\_\_%      Das Merkzeichen B ist vorhanden:  ja    nein

Ich darf ohne Reisebegleiter am Urlaubsort unterwegs sein:  ja       ja, aber mindestens zu Zweit       nein

Ich kann Schwimmen:  ja    nein    Ich darf Alkohol trinken:  ja    nein    Ich bin sicher im Straßenverkehr  ja    nein

Als Bezugsbetreuer/in bevorzuge ich:       eine Frau    einen Mann       egal

**Unsere Assistenzleistungen:** Beachten Sie bitte nebenstehende Erläuterungen

- A**
- Ich lebe in einer eigenen Wohnung oder Kleinstwohngemeinschaft (bis 4 Personen).
  - Ich nehme meine Medikamente selbständig zu mir.
  - Ich brauche nahezu keine Begleitung, denn ich bin sehr selbständig.
  - Ich benötige bei der Körperhygiene und dem Kleidungswechsel **keine** Hilfen.

- B**
- Ich lebe in einer Wohngruppe.       Ich lebe bei meinen Eltern.
  - Medikamente müssen kontrolliert durch den Reisebegleiter verabreicht werden.
  - Ich brauche nur wenig Begleitung, denn ich bin relativ selbständig.
  - Ich benötige bei der Körperhygiene und dem Kleidungswechsel lediglich Erinnerung.

- C**
- Ich brauche im Alltag vermehrt Zuwendung und regelmäßig Anleitung oder Impulse.
  - Ich benötige bei Körperpflege / Kleidungswechsel / Mahlzeiten Kontrolle und nur geringe Assistenz

**Füllen Sie bitte bei Assistenzleistungen C + D unbedingt den Assistenzbogen „Pflege“ aus!**

- D**
- Ich brauche im Alltag hohe Aufmerksamkeit und eine intensive Begleitung.
  - Ich benötige bei Körperpflege/Kleidungswechsel/Mahlzeiten aktive Hilfen in mehreren Bereichen.

## Assistenzausnahmen

**Mir ist bekannt, dass quartour folgende Personen nicht betreuen/pflegen kann:**

- Personen, die zwischen 22:00 Uhr abends und 6:30 Uhr morgens Pflege benötigen - wir bieten keine Nachtwache.
- Personen mit starker Inkontinenz (Harndrang / Blasenschwäche / Enuresis), die trotz Gebrauch von Inkontinenzmaterial regelmäßig (und vor allem nachts) in Kleidung und Bettzeug einnässen.
- Personen, die ein Pflegebett oder einen Lifter benötigen.
- Rollstuhlfahrer, die über 70 kg wiegen und auf Hebehilfen durch Reisebegleiter angewiesen sind.
- Personen, die eine „Intensiv-Pflege“ oder „medizinische Pflege“ benötigen, wie z. B. Wundreinigungen, Zäpfcheneinführung, Anlegen von Kompressionsverbänden o. ä., Katheterisierung, Blasenspülungen etc.. Auch leisten wir keine Gewichtskontrolle, Nagelpflege oder Flüssigkeitsbilanzierungen.

## Assistenz-Bogen Pflege

Bitte diesen Bogen ausfüllen, wenn Sie sich in der Assistenzstufe C oder D anmelden.

**Körperpflege** - Ich benötige folgende Hilfen:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Begleitung / Aufsicht (Anreichen von Shampoo, Seife oder Zahnbürste) | <input type="radio"/> Waschen (Teilkörperwäsche)                       | <input type="radio"/> Duschen (Ganzkörperwäsche)     |
| <input type="radio"/> Haare kämmen   | <input type="radio"/> Haare waschen                                    | <input type="radio"/> Haare föhnen                   |
| <input type="radio"/> Rasieren   |  |  |
| <input type="radio"/> Mund- und Zahnpflege   | <input type="radio"/> Reinigung von Zahnersatz                         | <input type="radio"/> Nutzung eines Dusch-/WC-Stuhls |
| <input type="radio"/> Toilettengang (inkl. Intimhygiene)                                   | <input type="radio"/> Versorgung mit Inkontinezmateriale (Schutzhosen) |  |

### Ergänzungen und Erklärungen

**Mahlzeiten** - Ich benötige folgende Hilfen:

- Mundgerechte Zubereitung von Nahrung       Nahrung holen (z. B. vom Buffet)  
 Nahrung anreichen (Nahrung in jeder Form - fest, breiig, flüssig)

### Ergänzungen und Erklärungen

**Behandlungspflegerische Notwendigkeiten** - Ich benötige folgende Hilfen:

- Anlegen von Kompressionsstrümpfen       Blutdruck- und Blutzuckermessung

### Ergänzungen und Erklärungen

**An- und Auskleiden** - Ich benötige folgende Hilfen:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Kleidung rauslegen | <input type="radio"/> Kleidung anreichen | <input type="radio"/> Hilfe bei Knöpfen und Reißverschlüssen  |
| <input type="radio"/> Schuhe schnüren    | <input type="radio"/> Koffer packen      | <input type="radio"/> Täglicher Wäschewechsel (An- und Ausziehen von Nacht-, Tages- und Badebekleidung) |

### Ergänzungen und Erklärungen

**Angaben zur Mobilität bei Rollstuhlfahrern:**

- Ich benötige einen Rollstuhl:       nein       nur bei Ausflügen       ständig
- Ich benötige weitere Hilfsmittel:       nein       Dusch / WC-Stuhl       Lifter / Pflegebett
- Ich benötige Schiebehilfen:       nein       nur bei Ausflügen       regelmäßig
- Ich kann ein paar Schritte gehen:       nein       alleine       nur mit Unterstützung
- Ich benötige Hebehilfen:       nein       beim Umsetzen       beim Duschen / Baden
- Ich wiege: \_\_\_\_\_ kg    Packmaße meines Rollstuhls (BxHxT): \_\_\_\_\_    Gewicht des Rollstuhls: \_\_\_\_\_ kg

## Bestätigung

- Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und stimme der zweckgebundenen Speicherung meiner Daten zu.  
 Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und akzeptiere diese.

Ort: \_\_\_\_\_      Unterschrift des Reiseanmelders: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_      (bzw. des gesetzl. Vertreters)

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Bei Falschangaben behalten wir uns vor, eine Umstufung vorzunehmen bis hin zur Stornierung während der Reise. Die dadurch entstehenden Mehrkosten gehen zu Lasten des Kunden.