Sie können unsere Reisen auch online buchen. **www.quertour.de**

Bitte fülle nachfolgende Reiseanmeldung sorgfältig und gewissenhaft aus. (Vorder- und Rückseite)

Angaben zur Reise

Reise-Nr.:	Verläng.-Woche:	
Reise-Ziel:	Reise-Termin:	
Reisepreis inkl. Assistenzleistung:	A ○ B ○ C ○ D ○	,- €
Reisepreis Verlängerungs-Woche:		,- €

An-, Abreise und weitere Buchungsdetails (siehe Reiseausschreibung)

Abfahrtsort:	DO ○ D ○ E ○ K ○ MG ○ DUS ○ CGN ○ D-HBF ○	– ,- €
Zustieg (35,- €):	BI ○ F ○ HH ○ H ○ KA ○ KS ○ M ○ N ○	,- €
Selbstanreise:	Direkt zur Unterkunft (- 30,- €) ○ Zum nächstgelegenen Bahnhof (50,- €) ○	,- €
Sonstiges:		,- €
Hilfsmittel:	Faltrollstuhl (40,- €) ○ Rollator (40,- €) ○ DU/WC-Stuhl (40,- €) ○ Rollstuhl (nicht faltbar) (80,- €) ○	,- €
Zimmerwunsch:	Standard (3er-oder4er zimmer) ○ DZ ○ EZ ○	,- €
Reiserücktrittskosten-Versicherung: (siehe Info Reiseversicherung)	ja ○ nein ○	,- €
special-plus Angebote:		,- €
Gebühren Finanzierungshilfen (50,- EUR)	Verhinderungspflege §39 SGB XI ○	,- €
	Gesamtreisepreis:	,- €

Angaben zur Person (Reiseteilnehmer:in)

Ich war bereits mit quertour unterwegs: ja ○ nein ○

Name:		Geb.Dat.:
Vorname:	w ○ m ○ d ○	Nationalität:
ggf. Adresszusatz:		Telefon 1:
		Telefon 2:
Straße / Nr.:		E-Mail:
PLZ / Ort:		

Ich wünsche eine gemeinsame Zimmerbelegung mit:

Angaben zur gesetzlichen Betreuung

Name:	Telefon:
Vorname:	Mobil:
Straße / Nr.:	E-Mail:
PLZ / Ort:	

Bitte den gesamten Schriftverkehr (Rechnung und Info-Schreiben) über mich abwickeln: ○ (Bitte ankreuzen, sonst über den Reiseteilnehmenden)

Finanzierungshilfen über die Kranken- bzw. Pflegekasse

Für die Krankenkasse benötige ich: Bescheinigung über Verhinderungspflege §39 SGB XI ○ Bescheinigung über Betreuungsleistungen §45 SGB XI ○

Ich wünsche die Finanzierungshilfen nach §39 über quertour (Gebühr 50,-€) abzurechnen. Den Antrag lege ich anbei. ○

Persönliche Angaben (Reiseteilnehmer:in)

○ Lern-, geistige Beh. ○ Körperbeh. ○ Psych. Beh. ○ Hörschädigung ○ Sehbeh. ○ Autismus

Ergänzungen und Erklärungen

○ Epilepsie ○ Inkontinenz ○ Allergien / Unverträglichk. ○ Diabetes ○ Hepatitis ○ Sonstiges

Ergänzungen und Erklärungen

Ernährung:

Der Speiseplan auf unseren Reisen ist ausgelegt für Personen, die keine Einschränkungen haben. Dennoch versuchen wir, soweit es geht Essenswünsche bzw. Unverträglichkeiten zu berücksichtigen.

Ich bevorzuge folgende Ernährung:

○ Ohne Einschränkung ○ Vegetarisch ○ Vegan ○ Kein Schweinefleisch ○ Bedingt durch Unverträglichkeiten:

Ergänzungen und Erklärungen

Was Ihr sonst noch über mich wissen solltet:

Behindertenausweis: Grad der Beh.: _____% Das Merkzeichen B ist vorhanden: ○ ja ○ nein

Ich darf ohne Reisebegleitung 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 Bezugsbetreuung bevorzuge ich: ○ eine Frau ○ einen Mann ○ egal

Besondere Verhaltensweisen (wenn nein, bitte ergänzen und erklären)**:**

Ich neige nicht dazu, mich stark auf eine bestimmte Bezugsperson (Reisebegleitung) zu fixieren. ○ Keine Fixierung ○ Fixierung

Ergänzungen und Erklärungen

Ich reagiere eher gelassen, wenn ich frustriert oder ungeduldig bin. ○ ja ○ nein

Ergänzungen und Erklärungen

Ich habe einen angemessenen Umgang mit Nähe und Distanz und erkenne und akzeptiere die Grenzen meines Gegenübers. ○ ja ○ nein

Ergänzungen und Erklärungen

Unsere Assistenzleistungen: Beachten Sie bitte die nebenstehenden Erläuterungen

Vorname: **Name:**

A
- ○ Ich lebe in einer eigenen Wohnung oder Kleinstwohngemeinschaft (bis 4 Personen).
- ○ Ich nehme keine Medikamente.
- ○ Ich nehme meine Medikamente selbständig zu mir.
- ○ Ich komme in Gruppen gut zurecht und brauche lediglich eine Ansprechperson.
- ○ 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 die Reisebegleitung verabreicht werden.
- ○ Ich komme in Gruppen gut zurecht und brauche nur Erinnerungen in Alltagssituationen.
- ○ 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.

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

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

Assistenzausnahmen

quertour kann folgende Personen nicht betreuen/pflegen:

- 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, einen Lifter oder eine Elektro-Rollstuhl benötigen.
- Rollstuhlfahrer:innen, die über 70 kg wiegen und auf Hebehilfen durch die Reisebegleitung angewiesen sind.
- Personen, die eine „Intensiv-Pflege" oder „medizinische Pflege" benötigen, wie z. B. Wundreinigungen, Zäpfcheneinführung, Anlegen von Kompressionsverbänden o. ä., Katheterisierung, Blasenspülungen etc.
- quertour leistet keine Gewichtskontrolle, Nagelpflege oder Flüssigkeitsbilanzierungen.
- Personen mit stark autistischen Verhaltenszügen, die sehr zwanghaft sind und Ängste in fremden Gruppen haben.
- Personen mit Weg-/Hinlauftendenzen, weil wir keine Rund-um-die Uhr-Betreuung gewährleisten können.
- Personen mit einer sehr niedrigen Frustrationstoleranz, die auffällig aggressiv (auch autoaggressiv) sind, oder sich allem verweigern.
- Personen mit einer akuten Suchterkrankung.
- Personen mit sexuell übergriffigem Verhalten.

Assistenz-Bogen Pflege

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

Körperpflege - Ich benötige folgende Hilfen:

- ○ Begleitung / Aufsicht (Anreichen von Shampoo, Seife oder Zahnbürste)
- ○ Waschen (Teilkörperwäsche)
- ○ Duschen (Ganzkörperwäsche)
- ○ Haare kämmen
- ○ Haare waschen
- ○ Haare föhnen
- ○ Rasieren
- ○ Mund- und Zahnpflege
- ○ Reinigung von Zahnersatz
- ○ Nutzung eines Dusch-/WC-Stuhls
- ○ Toilettengang (inkl. Intimhygiene)
- ○ Versorgung mit Inkontinezmaterial (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:

- ○ Kleidung rauslegen
- ○ Kleidung anreichen
- ○ Hilfe bei Knöpfen und Reißverschlüssen
- ○ Schuhe schnüren
- ○ Koffer packen
- ○ Täglicher Wäschewechsel (An- und Ausziehen von Nacht-, Tages- und Badebekleidung)

Ergänzungen und Erklärungen

Angaben zu Mobilitätseinschränkungen:

Ich benötige einen Rollator:	○ nein	○ nur bei Ausflügen	○ ständig
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 Assistenzausnahmen zur Kenntnis genommen und bestätige, dass nichts von den genannten Punkten zutrifft.
- ○ Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und akzeptiere diese.
- ○ Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und stimme der zweckgebundenen Speicherung meiner Daten zu.

Ort:
Datum:

Unterschrift der bevollmächtigten Person:
(bzw. der gesetzl. Vertretung)

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 der Kund:innen.