

# *Fragebogen zur Anmeldung zu den Reisen*

Reise-Nr. \_\_\_\_\_ Reisetitel \_\_\_\_\_

Ihre Angaben in diesem Fragebogen erleichtern uns die Planung der o. g. Reise bezüglich Transport im Reisebus, Flug, Schifffahrt und Unterkunft vor Ort. Zugleich helfen Sie uns, einen eventuellen Mehraufwand an Betreuung zu ermitteln und diesen nach unseren Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Ich reise in Begleitung Ja  Nein

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geb. Datum Begleitperson \_\_\_\_\_

Fragebogen der Begleitperson ist beigelegt Ja  nicht nötig, da nicht behindert

Ich möchte ein Doppelzimmer mit meiner Begleitperson teilen

Ich möchte ein Einzelzimmer  Meine Begleitperson ebenfalls

## *Angaben über mich – Hilfsmittel*

Ich reise mit eigenem Rollstuhl Ja  Nein

Wenn ja, bitten wir um folgende Angaben – Bitte sorgfältig ausfüllen!

Faltrollstuhl  E-Fix  E-Rolli/ Nassbatterie  E-Rolli/ Trockenbatterie

Höhe \_\_\_\_\_ cm Breite \_\_\_\_\_ cm Länge \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Rollstuhl ist für den Transport im Bus zusammenklappbar Ja  Nein

Rollator  Gehilfen

Weitere Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Folgende Hilfsmittel möchte ich, wenn möglich – vor Ort – ausleihen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Benötigte Betthöhe \_\_\_\_\_ cm Benötigte Toilettenhöhe \_\_\_\_\_ cm

**Weitere Angaben über mich – Hilfen/ Betreuungsbedarf**

Bezeichnung der Behinderung (Angabe freiwillig)

---

---

Mein Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg Meine Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Transport im Bus nur im Rolli möglich  Umsetzen auf einen Sitz im Bus möglich

Immer auf den Rollstuhl angewiesen  Nur teilweise auf den Rollstuhl angewiesen

Ich muss geschoben werden Ja  Nein

Das Schieben übernimmt meine Begleitperson Ja  Nein

Ich kann \_\_\_\_\_ Schritte gehen Ich kann \_\_\_\_\_ Stufen überwinden

Ich benötige bei folgenden Tätigkeiten Hilfe/ Betreuung, die meine Begleitperson nicht leisten kann

Aus dem Bett

Beim Waschen

Beim Ankleiden

Beim Toilettengang

Beim \_\_\_\_\_ Beim \_\_\_\_\_

Ins Bett

Beim Duschen

Beim Ausziehen

Beim Essen

Beim \_\_\_\_\_ Beim \_\_\_\_\_

**Bei ständiger medizinischer Betreuung bitte folgende Angaben (für evtl. Notsituationen)**

Name des behandelnden Arztes

---

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Medikamente Ja  Nein

Sonstige Bemerkungen

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift des Reisenden oder eines Beauftragten