

# Pflegebedarfsbogen

Nach Erhalt der unterschriebenen Unterlagen werden wir für Sie tätig!

Bitte Rücksenden bis: .....

|    |  |                 |                                   |                 |                      |                 |   |
|----|--|-----------------|-----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|---|
| 1  | Vorname, Nachname:   |                 |                                   |                 |                      |                 |   |
| 2  | Geburtsdatum:  |                 |                                   |                 |                      |                 |   |
| 3  | Straße, Hausnummer:  |                 | PLZ, Ort:                         |                 |                      |                 |   |
| 4  | Telefonnummer:   |                 | E-Mail Adresse:                   |                 |                      |                 |   |
| 5  | Name der Krankenkasse und Anschrift:   |                 |                                   |                 |                      |                 |   |
| 6  | Name der Pflegekasse und Anschrift:  |                 |                                   |                 |                      |                 |   |
| 7  | Versicherungsnummer:   |                 |                                   |                 |                      |                 |   |
| 8  | Wie haben Sie von SORGLOS-Urlaub erfahren?   | Verwandte       | Pflegekraft                       | Internetseite   | Soziale Medien       |                 |   |
| 9  | Sie wohnen:  | zu Hause        | Pflegeheim                        | Sonstige:       |                      |                 |   |
| 10 | Ihr Pflegegrad:  | kein Pflegegrad | 1                                 | 2               | 3                    | 4               | 5 |
| 11 | Ihre Körpergröße:  | cm              | Ihr Körpergewicht:                | kg              |                      |                 |   |
| 12 | Mobilitätseinschränkungen:   | Keine           | Ja → welche?                      |                 |                      |                 |   |
| 13 | Können Sie allein stehen?  | Ja              | Nein                              |                 |                      |                 |   |
|    |  | mit Hilfe       | mit Hilfe kurzzeitig → wie lange? |                 |                      |                 |   |
| 14 | Können Sie allein gehen?   | Ja              | wie viele Meter?                  | Meter           | Nein                 |                 |   |
| 15 | Wie lange ist es Ihnen möglich zu sitzen?  |                 |                                   | Stunden         | Minuten              |                 |   |
| 16 | Benötigen Sie Unterstützung bei der Mobilität?   |                 |                                   | im Tagesverlauf | Bei der Körperpflege |                 |   |
| 17 | Haben Sie Einschränkungen beim:  | Sehen           | Hören                             | Sprechen        | Schlucken            |                 |   |
| 18 | Benötigen sie Hilfe beim Toilettengang?  | Nein            | Ja → wie oft täglich?             |                 |                      |                 |   |
| 19 | Liegt eine Inkontinenz vor?  | Nein            |                                   | Urin            | Stuhl                |                 |   |
|    |  |                 |                                   | Urinbeutel      | Enterostoma          |                 |   |
| 20 | Benötigen Sie Unterstützung bei der Grundpflege?   |                 |                                   |                 |                      |                 |   |
| 21 | Unterstützung bei der Körperpflege.....  | morgens         |                                   | mittags         | abends               |                 |   |
| 22 | Unterstützung beim Be- und Entkleiden.....   | morgens         |                                   | mittags         | abends               |                 |   |
| 23 | → Kompressionsstrümpfe .....   | morgens         |                                   | mittags         | abends               |                 |   |
| 24 | Unterstützung bei der Medikamentengabe.....  | morgens         |                                   | mittags         | abends               |                 |   |
| 25 | → bei der Insulingabe .....  | morgens         |                                   | mittags         | abends               |                 |   |
| 26 | Wie viele Pflegeeinheiten benötigen Sie pro Tag? (69,00€ pro Pflegeeinheit; 1 Pflegeeinheit = max. 1 Stunde) |                 |                                   |                 |                      | Pflegeeinheiten |   |

|    |   |  |   |                            |                   |                  |      |
|----|---|--|---|----------------------------|-------------------|------------------|------|
| 27 | Welche Hilfsmittel bringen Sie mit?   |  | Einmal-Waschlappen                                      | Inkontinenzmaterial        |                   |                  |      |
|    |   |  | Rollstuhl   | E-Rolli                    |                   |                  |      |
|    |   |  |   | Rollator                   |                   |                  |      |
| 28 | Welche Hilfsmittel sollen wir Ihnen zusätzlich bestellen?   |  | Rollstuhl   | E-Rolli                    |                   |                  |      |
|    | Lifter  | WC-Duschrollstuhl                          | Toilettensitzerhöhung                                   | Duschstuhl                 |                   |                  |      |
| 29 | Benötigen Sie ein Pflegebett im Hotelzimmer?  | Nein                                       | Ja → mit Aufstehhilfe                                   | Anti-Dekubitusmatratze     |                   |                  |      |
| 30 | Haben Sie einen Behandlungspflegebedarf?  | Nein                                       | Ja → welchen?   |                            |                   |                  |      |
| 31 | Haben Sie derzeit Wunden oder Infektionen?  | Nein                                       | Ja → welche/wo?   |                            |                   |                  |      |
| 32 | Wann war Ihr letzter Krankenhausaufhalt?  |  |   |                            |                   |                  |      |
| 33 | Benötigen Sie ärztliche Versorgung am Urlaubsort?   | Nein                                       | Ja → welchen?   |                            |                   |                  |      |
| 34 | Haben Sie Verordnungen für Therapien am Urlaubsort mit z.B. Physiotherapie, Pflegebett etc.? (Bitte 3 Wochen vor Urlaubsbeginn schicken!) |  |   |                            |                   |                  |      |
|    |   | Nein                                       | Ja → welche?  |                            |                   |                  |      |
| 35 | Wünschen Sie Hilfe beim Essen?  | Frühstück:                                 | Std.  | Mittagessen:               | Std.              | Abendessen:      | Std. |
| 36 | Gibt es bei Ihnen Ernährungsbesonderheiten zu beachten?   |  | vegetarisch   | vegan                      |                   |                  |      |
|    |   | Glutenunverträglichkeit                    | Laktoseintoleranz                                       | Fruktoseintoleranz         |                   |                  |      |
|    |   | teilpürierte Nahrung                       | pürierte Nahrung  |                            |                   |                  |      |
|    |   | Andere:                                    |   |                            |                   |                  |      |
| 37 | Haben Sie Allergien?  | Nein                                       | Ja → welche?  |                            |                   |                  |      |
| 38 | Name und Rufnummer des behandelnden Arztes am Wohnort:  |  |   |                            |                   |                  |      |
| 39 | Wünschen Sie eine Betreuung / Begleitung am Urlaubsort? (49,00€ pro Betreuungseinheit; 1 Betreuungseinheit = max. 1 Stunde)               |  |   |                            |                   |                  |      |
|    |   | Bei Spaziergängen:                         | Stunde(n)   | Bei Ausflügen:             | Stunde(n)         |                  |      |
| 40 | Wann möchten Sie reisen?  | Monat:                                     | Jahr:   | Anzahl der Übernachtungen: |                   |                  |      |
| 41 | Behindertenfreundliches Zimmer:   | Einzelzimmer                               |   | Doppelzimmer               |                   |                  |      |
| 42 | Welche Regionen bevorzugen Sie?   | Insel Rügen                                | Insel Usedom  | Darß-Zingst                | Warnemünde        | Ostseeküste (MV) |      |
|    |   | Mecklenburgische Seenplatte                | Grömitz (SH)  | Rheinsberg (BB)            | Bad Bevensen (NS) |                  |      |
|    |   | Herzberg (BB)                              | Türkei: Alanya  | Flusskreuzfahrt            |                   |                  |      |
| 43 | Haben Sie ein begrenztes Budget für Hotelleistungen?  | Nein                                       | Ja → wie hoch?  |                            |                   |                  |      |
| 44 | Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?  | Nein                                       | Ja (Bitte die Betreuungsurkunde in der Kopie beifügen!) |                            |                   |                  |      |
| 45 | Wünschen Sie den Transfer per PKW bzw. Kleinbus? (je gefahrenen Kilometer = 0,56€)  |  |   |                            |                   |                  |      |
|    |   | von zu Hause bis zur Unterkunft (Hinreise) | von der Unterkunft zurück nach Hause (Rückreise)        |                            |                   |                  |      |

**Änderungen sind unbedingt vor Urlaubsantritt unaufgefordert schriftlich mitzuteilen:**

- Bitte bringen Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan mit.
- Entsprechend Ihres Pflegebedarfsbogens planen wir die Pflege und/oder Betreuung, die über die Verhinderungspflege abgerechnet werden kann.
- Aus den von Ihnen angegebenen Pflegeeinheiten für die Pflege und/oder Betreuung werden wir Ihnen ein individuelles verbindliches Angebot erstellen, welche Sie mit Ihrer Unterschrift bestätigen.

**Wichtige Hinweise:**

- Wenn die Angaben zum Gesundheitszustand und/oder zum Pflegebedarf nicht wahrheitsgemäß und vollständig erfolgt sind oder diese sich vom Zeitpunkt der Buchung bis zum Antritt der Reise verändern, behalten wir uns aus haftungsrechtlichen Gründen das Recht vor, vom Vertrag zurückzutreten.
- Für Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, die krankheitsbedingt während des Urlaubs auftreten, übernimmt SORGLOS-Urlaub keine Haftung.
- Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Ihnen erst mit dem Angebot zugesendet werden. Nach Erhalt eines unterzeichneten Pflegebedarfsbogens werden wir für Sie tätig.

**Voraussetzung für die Erstellung eines Urlaubsangebotes**

Bei Annahme des verbindlichen Angebotes wird die Organisationspauschale von 80,00€ pro Person sofort fällig.

Falls sich während des Urlaubs ergibt, dass mehr Pflege und Betreuung notwendig ist, erkläre ich mich im Vorfeld damit einverstanden.

Ich willige ein, dass mir SORGLOS-Urlaub auch in den Folgejahren Informationen und aktuelle Urlaubsangebote zusendet.

Ort, Datum

Unterschrift

- Stimmen Sie dieser Erklärung nicht zu, werden Ihre Daten gelöscht, nachdem die Leistung erbracht wurde. Sie sind jederzeit berechtigt Ihre Datennutzung postalisch, per E-Mail oder per Fax zu ändern oder zu widerrufen.