

# Pflegebedarfsbogen

Nach Erhalt der unterschriebenen Unterlagen werden wir für Sie tätig!

Bitte Rücksenden bis: .....

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



<b>27</b> Welche Hilfsmittel bringen Sie mit?	Einmal-Waschlappen		Inkontinenzmaterial			
	Rollstuhl		E-Rolli	Rollator		
<b>28</b> Welche Hilfsmittel sollen wir Ihnen zusätzlich bestellen?	Rollstuhl		E-Rolli	Pflegerollstuhl		
Lifter	WC-Duschrollstuhl	Toilettensitzerhöhung		Duschstuhl		
<b>29</b> Benötigen Sie ein Pflegebett im Hotelzimmer?	Nein	Ja → mit Aufstehhilfe	Anti-Dekubitusmatratze			
<b>30</b> Haben Sie einen Behandlungspflegebedarf?	Nein	Ja → welchen?				
<b>31</b> Haben Sie derzeit Wunden oder Infektionen?	Nein	Ja → welche/wo?				
<b>32</b> Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?						
<b>33</b> Benötigen Sie ärztliche Versorgung am Urlaubsort?	Nein	Ja → welchen?				
<b>34</b> Haben Sie Verordnungen für Therapien am Urlaubsort mit z.B. Physiotherapie, Pflegebett etc.? (Bitte 3 Wochen vor Urlaubsbeginn schicken!)	Nein	Ja → welche?				
<b>35</b> Wünschen Sie Hilfe beim Essen?	Frühstück:	Std.	Mittagessen:	Std.	Abendessen:	Std.
<b>36</b> Gibt es bei Ihnen Ernährungsbesonderheiten zu beachten?			vegetarisch	vegan		
	Glutenunverträglichkeit		Laktoseintoleranz	Fructoseintoleranz		
	teilpürierte Nahrung		pürierte Nahrung			
	Andere:					
<b>37</b> Haben Sie Allergien?	Nein	Ja → welche?				
<b>38</b> Name und Rufnummer des behandelnden Arztes am Wohnort:						
<b>39</b> Wünschen Sie eine Betreuung / Begleitung am Urlaubsort? (49,00€ pro Betreuungseinheit; 1 Betreuungseinheit = max. 1 Stunde)	Bei Spaziergängen:		Stunde(n)	Bei Ausflügen:	Stunde(n)	
<b>40</b> Wann möchten Sie reisen?	Monat:	Jahr:	Anzahl der Übernachtungen:			
<b>41</b> Behindertenfreundliches Zimmer:	Einzelzimmer			Doppelzimmer		
<b>42</b> 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			
<b>43</b> Haben Sie ein begrenztes Budget für Hotelleistungen?	Nein	Ja → wie hoch?				
<b>44</b> Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?	Nein	Ja (Bitte die Betreuungsurkunde in der Kopie beifügen!)				
<b>45</b> 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.