



# MOSELURLAUB für MENSCHEN MIT

NEUROLOGISCHER oder PSYCHISCHER ERKRANKUNG

Alzheimer - Demenz - Schlaganfall - MS - Parkinson

& ANGEHÖRIGE

ab 295 EURO EIGENANTEIL p. Person+ Woche

Halbpension

 kein Einzelzimmerzuschlag

**BARRIEREFREI**



ABHOLUNG VON ZUHAUSE



( auch mit Rollstuhlfahrzeug)

PFLEGER IM HAUS

( auf Wunsch auch Pflege unterwegs)

GERONTOPSYCHIATRISCHE DEMENZBETREUUNG

24 Std. RUND-UM BETREUUNG ALLEINREISENDER

Ausflugs - und Besichtigungsprogramme für Behinderte und Nichtbehinderte: INKLUSIVE  
entsprechend Jahreszeit und Witterung

Moseltouren z.B.: Frankreich / Luxemburg mit Bahn, Bus und Schiff - Perl, Schengen, Bad Mondorf, Remich, Wasserbillig, Konz, Saarburg, Trier, Bernkastel-Kues, Traben-Trarbach, Kröv, Ürzig, Alf, Bad Bertrich, Beilstein, Bruttig - Fankel, Treis-Karden, Winningen, Koblenz / Eifel + Hunsrück.

Besichtigungen z.B.: Trierer Dom, Liebfrauenkirche, Porta Nigra, Luxemburger Kasematten, Burg Metternich, Besucherbergwerk Fell, Reichsburg COC, Burg Pymont, Vulkanmuseum Manderscheid.

Weinproben bei Moselwinzern, Besuch diverser Weinfeste, Schiffstouren mit Gebr. Kolb oder KD.

Pflege - und Betreuungsleistungen werden ü. öffentliche Kostenträger abgerechnet (§§ 39 + 45 SGB XI - Pflegekassen) Teilhabe-Leistungen: (§§ 17 + 26 SGB IX - üb. Kommunalverwaltungen - Sozialämter - Berufsgenossenschaften)

(gilt nicht f. Bewohner stationärer Pflege + Betreuungs-Einrichtungen sowie Privatversicherte + Beihilfeberechtigte)

ACHTUNG: Ermäßigung d. Eigenanteils einkommensschwacher Personen ist möglich - sprechen Sie uns an !

## Ausstattung des Hauses und Ausflugsmöglichkeiten

Das Restaurant:



die Gaststube:



Doppelzimmer:



Zimmer mit 2 Einzelbetten



## AUSFLÜGE



links: Burg Metternich in Beilstein  
rechts: vor der Reichsburg Cochem auf rollstuhlfreundlichem Schiff



Weinprobe beim Winzer



mit der Bimmelbahn durch das "Römische Trier"



links oben: Michelle+Gerhard

links Mitte:  
Rollgruppe bei Burgbesichtigung

links-unten: Blick VOM steilsten  
Weinberg Europas - dem Calmont

Telefon:  
06572 - 932 905

Telefax:  
06572 - 932 938

für die umseitig beschriebene betreute ABS - Pflege-Reise nach : \_\_\_\_\_

im Monat:: \_\_\_\_\_ interessier(t)en sich : \_\_\_\_\_ Person (en)

persönlicher Wunschtermin wäre: 2 Wo.\_\_\_\_3Wo.\_\_\_\_ vom - bis: \_\_\_\_\_

Person 1 Name: \_\_\_\_\_ Person 2 Name \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Tel. BetreuerIn: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Rentenvers.Nr. \_\_\_\_\_ Rentenvers.Nr. \_\_\_\_\_

Pflegestufe: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Demenz (1. / 2. Stufe) oder Behinderungsgrad in % Person 1: \_\_\_\_\_ Person 2: \_\_\_\_\_

Tagesbetreuung wird für Person \_\_\_ / \_\_\_ x pro Woche - Person \_\_\_ / \_\_\_ x pro Woche beansprucht.

Pflegedienst kommt für Person \_\_\_ / \_\_\_ Minuten pro Tag für Person \_\_\_ / \_\_\_ Minuten pro Tag

Bezeichnung der Behinderung Person ..... \_\_\_\_\_

Person ..... \_\_\_\_\_

welche Pflege - Hilfsmittel sind für Sie unverzichtbar (auch im Urlaub):

tragen Sie bitte Person 1 oder 2 (oder 1+2) ein

Rollator\_\_\_\_ Rollstuhl\_\_\_\_ Duschrollstuhl\_\_\_\_ Pflegebett\_\_\_\_ Personenlifter\_\_\_\_ Gehhilfe\_\_\_\_

Antidekubitusmatraze\_\_\_\_ Bettauflage\_\_\_\_ Windeln/Einlagen\_\_\_\_ Sondennahrung\_\_\_\_

Stoma\_\_\_\_ Katheter/Dauerkatheter\_\_\_\_ Andere: \_\_\_\_\_

E-Rolli Breite X Länge in cm \_\_\_\_\_ E-Rolli hat Nassbatterie\_\_\_\_Trockenbatterie\_\_\_\_

Medikamente Person 1: \_\_\_\_\_ Medikamente Person 2: (evtl. separate Listen anfertigen)

bitte lassen Sie Person\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ mit einem Rollstuhlfahrzeug (Rampe / Lift) abholen.

Flugreise-Unbedenklichkeit: \_\_\_\_\_ Lt. Bescheinigung des Hausarztes Dr. \_\_\_\_\_

bestehen für Person \_\_\_ / Person \_\_\_\_\_ keine Bedenken, eine Flugreise zu unternehmen.

1.Person v. Straße - PLZ - Wohnort: \_\_\_\_\_

2.Person v. Straße - PLZ - Wohnort: \_\_\_\_\_

(1.)Name d. Hausarztes: \_\_\_\_\_ (2.)Name d. Hausarztes \_\_\_\_\_

(1.)Tel d. Hausarztes: \_\_\_\_\_ (2.)Tel. d. Hausarztes \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nun möchten wir von Ihnen noch wissen, ob Sie ein rollstuhlgerechtes Zimmer, oder ein anderes Zimmer benötigen. Kreuzen Sie bitte Ihren Zimmerwunsch an:

Ich benötige ein rollstuhlgerechtes Einzelzimmer \_\_\_\_\_

Ich benötige ein Einzelzimmer - nicht unbedingt rollstuhlgerecht \_\_\_\_

Wir benötigen ein rollstuhlgerechtes Doppelzimmer \_\_\_\_

Wir benötigen ein Doppelzimmer - nicht unbedingt rollstuhlgerecht \_\_\_\_

**Bitte beachten Sie: in einigen Häusern (z.B. Wangen o. Dorum-Neufeld) teilen sich bei voller Auslastung jeweils 2 Schlafzimmer ein rollstuhlgerechtes Badezimmer.**

Damit Ihre Betreuer sich besser auf Sie einstellen können, wäre es interessant, wenn Sie uns kurz Ihren gewohnten Tagesablauf schilderten. In der Pflege würde man dies: "ein PFLEGETAGEBUCH führen" nennen. Anhand eines Pflegetagebuches kann z. B. der MDK (Medizinische Dienst der Krankenkassen) Ihren täglichen Betreuungs - und Pflegeaufwand errechnen und Sie somit einer entsprechenden Pflegestufe (Pflegestufe I = 90 Min.täglich), Pflegestufe II = 180 Min. täglich , Stufe III = 300 Min. tgl.) zuordnen.

Wir gehen davon aus, dass Sie bereits eingestuft sind und benötigen deshalb nur eine Kurzfassung Ihres Tagesablaufes. Uns ist es wichtig, dass Sie sich auch im Urlaub wie Zuhause fühlen - dieses Gefühl können wir Ihnen aber erst dann am besten vermitteln, wenn wir Sie etwas näher kennen gelernt haben.

Tun Sie sich also keinen Zwang an und erzählen Sie hier frei von der Leber weg. Z. B.: Sie sind Frühaufsteher, Langschläfer, Nachteule, leidenschaftlicher Raucher, würden gern mal dies oder jenes besichtigen, oder haben oft Appetit auf Außergewöhnliches.

---

---

---

---

---

---

---

---

Nun fertigen Sie am besten für sich Kopien von Blatt 3 + 4 an und senden Sie die beiden ausgefüllten Originalblätter (die Objektbeschreibung, sowie die beiden Kopien behalten Sie für Ihre Unterlagen) an:

**ABS e.V. - Arbeitsgemeinschaft Behinderter und Senioren**

**Schulweg 1 - 54531 Meerfeld**

**FAX: 06572 / 932 938 E-MAIL: [info@sos-pflege.de](mailto:info@sos-pflege.de)**

für Rückfragen stehen wir telefonisch unter: 06572 / 932 905 zur Verfügung

Falls mein Wunschtermin und auch der von Ihnen benannte erste Termin nicht realisierbar sein sollten, erbitte ich Ihre telefonische Benachrichtigung und ggf. einen alternativen Reisettermin.

Ort, Datum

Unterschrift

---