

## Antrag auf Reiseassistenz

(Dieser Service steht exklusive Personen, die Ihre Reise über BSK-Reisen GmbH buchen, zur Verfügung!)

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Ihnen einen Reiseassistenten vermitteln zu können, brauchen wir einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Reiseziel. Aus diesem Grund bitten wir Sie, diesen Antrag und die Ermittlung des Hilfebedarfs **genau** auszufüllen und uns zurückzusenden.

Die Daten und Informationen, die wir von Ihnen erhalten, werden streng vertraulich und nur für die Vermittlung eines Reiseassistenten verwendet. Die Angaben werden nur an den Reiseassistenten weitergegeben.

Bitte beachten: BSK-Reisen GmbH ist weder Bevollmächtigter noch Erfüllungsgehilfe des Reiseassistenten oder des Reisenden. Als Vermittler haften wir nicht für Schäden, die infolge der Reiseassistententätigkeit entstehen. Reisender und Assistent müssen sich selbst gegen eventuelle Risiken absichern.

BSK – Mitglied  ja, Mitglied Nr. \_\_\_\_\_  nein

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

Straße, Haus Nr. \_\_\_\_\_

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

Tel. / Fax \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Reisebeginn \_\_\_\_\_ Reiseende \_\_\_\_\_

Reiseziel/ Reiseablauf \_\_\_\_\_

Anreise per  eigenem Pkw  Bahn  Flugzeug

Reiseassistent sollte sein  weiblich  männlich  ist unbedeutend

Reiseassistent sollte Führerschein Klasse \_\_\_\_\_ besitzen  ist unbedeutend

Unterkunft des Assistenten erfolgt:  gemeinsam im Doppelzimmer  Einzelzimmer  
*(im DZ nur möglich bei gleichgeschlechtlicher Assistenz und mit ausdrücklicher Zustimmung der Assistenz)*

Höhe der täglichen Vergütung/Taschengeld für die Reiseassistenz: ca. \_\_\_\_\_ Euro

Die Vermittlungsgebühr von  89,- € für BSK-Mitglieder  
 149,- € für Nichtmitglieder

lege ich diesem Schreiben als Verrechnungsscheck bei

habe ich am \_\_\_\_\_ auf das Konto der Sparkasse Neckartal-Odenwald  
IBAN: DE64674500480004080222, SWIFT-BIC: SOLADES1MOS unter Angabe Verwendungszweck-Nr. 4007 RA-Vermittlung überwiesen. Eine Kopie der Überweisung liegt bei.

Erst nach vollständigem Eingang der Vermittlungsgebühr kann mit der Suche nach einem geeigneten Assistenten begonnen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Ermittlung des Hilfebedarfs

- 1. Seite -

Bitte geben Sie uns die Art Ihrer Behinderung und die benötigte Hilfe möglichst genau an. Nur dann können wir Ihnen einen geeigneten Assistenten vermitteln.

● Art der Behinderung : \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gehbehindert, aber gehfähig       | <input type="checkbox"/> gehbehindert, auf Hilfe angewiesen |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer, bedingt gehfähig | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer, gehunfähig        |

Angaben über den Rollstuhl:  Faltrollstuhl Maße (cm) L:\_\_\_\_ B:\_\_\_\_ H:\_\_\_\_ Gew.\_\_\_\_ kg  
 Elektrorollstuhl Maße (cm) L:\_\_\_\_ B:\_\_\_\_ H:\_\_\_\_ Gew.\_\_\_\_ kg

● Ihre Körpergröße : \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

● Benötigte Hilfe beim:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Essen                                      | <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett |
| <input type="checkbox"/> Waschen                                    | <input type="checkbox"/> Ankleiden              |
| <input type="checkbox"/> Frisieren / Rasieren                       | <input type="checkbox"/> Auskleiden             |
| <input type="checkbox"/> Lagern zur Nacht                           | <input type="checkbox"/> Rollstuhl schieben     |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang                              | <input type="checkbox"/> Abführen/ wie          |
| <input type="checkbox"/> Pflegeleistungen in der Nachtwelche? _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                            |   |

● Haben Sie Kontrolle über Blasen- und Darmfunktion:  ja  nein

● Falls Ihre Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt ist, bitte beschreiben Sie wie:

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

● Falls Sie weitere Hilfen brauchen, welcher Art? \_\_\_\_\_

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

● Welche Hilfsmittel benötigen Sie? \_\_\_\_\_

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

## Ermittlung des Hilfebedarfs

- 2. Seite -

- Falls Sie unter zusätzlichen Krankheiten (wie Diabetes, Epilepsie) leiden, bitte geben Sie an welche:

---

---

- Welche Medikamente brauchen Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_

---

---

- Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten, bitte schreiben Sie es auf die folgenden Zeilen:

---

---

---

- In welchem Pflegegrad sind Sie eingestuft?

1       2       3       4       5       keine

Zusätzliche oben nicht erwähnte Mitteilungen für den Assistenten im Bezuge auf die von ihnen benötigte Hilfe:

---

---

---

Für die Richtigkeit der Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Name: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: (falls vorhanden) \_\_\_\_\_