

ELLER bei COCHEM - MOSEL

Objektart: Gästehaus
Lage: Ortsrandlage / Moselblick
Kapazität: 3 DZ, 2 EZ jew. Du+Wc
Sanitär: 1 Dusche ist schwellenlos
Interieur: alles liegt auf einer Etage
Umgebung: 5 Stufen zur Eingangstür
Pflegedienst: kommt ins Haus
Langzeit-Wohnen: ist möglich
Kurzzeitpflege: nach Absprache
Verhinderungspflege § 39, SGB XI
14 Übernachtungen-VP-betreute Ausflüge
ab 590,-€ im DZ - ab 680,- € im EZ
zusätzlich (ab Pflegestufe 2)

Pflege - und Betreuungsleistungen n. § 39, SGB XI (werden v.d. PK erstattet)

FERIEN - BETREUUNG bei ALZHEIMER - DEMENZ

 **Rollstuhl freundlich**

Abholung im Rollstuhlauto ist n.V. möglich.
14 Ü / Vollpension .. Grundpflege ..
medizinisch indizierte Pflege + Betreuung
durch qualifiziertes Betreuungspersonal
mit gerontopsychiatrischer Ausbildung
sowie engagierte Laienhelfer. Die
Verweildauer beträgt mind.14 Tage und
längstens 28 Tage Abrechnung erfolgt z.T.
über § 39, SGB 11,Verhinderungspflege
sowie Eigenanteil

Dieses Angebot richtet sich an Menschen mit diagnostizierter Demenz, bzw. einer Alzheimer Erkrankung oder in Situation nach einem Schlaganfall. Personen mit psychosozialen Betreuungsbedarf und anerkannter Pflege - Einstufung (1, 2 oder 3) sowie pflegende und betreuende Angehörige, können durch dieses qualifizierte Betreuungskonzept das überwiegend während der Ferienzeiten angeboten wird, Menschen in einer ähnlich schwierigen Lage kennen lernen, und sich mit ihnen austauschen.

Im Rahmen interessanter Ausflüge lernen Sie die Mosel ab der französischen Grenze bei Perl, über Trier, Bernkastel-Kues, Zeltingen, Traben-Trarbach, Ürzig, Kröv, Zell, Alf, Ediger-Eller, Beilstein, Cochem, Winningen bis zu ihrer Mündung in Koblenz in den Rhein kennen. Schifffahrten, die Besichtigung einer rollstuhlgerechten Burg, Museumsbesuche sowie zünftige Weinproben in uralten Weinkellern der Moselwinzer runden dieses betreute Ferienprogramm beeindruckend ab.



Buchungsanfragen an den ABS e.V.

Arbeitsgemeinschaft Behinderte u. Senioren

Tel. 06572 932 905

info@behindertentouristik.de



Die umseitig beschriebene betreute ABS - Pflege-Reise nach : _____

im Monat.: _____ wird / werden : _____ Person (en) mitmachen

persönlicher Wunschtermin wäre: 2 Wo. _____ 3Wo. _____ vom - bis: _____

Person 1 Name: _____ Person 2 Name _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Geb.Datum: _____ Geb.Datum: _____

Krankenkasse: _____ Krankenkasse: _____

Rentenvers.Nr. _____ Rentenvers.Nr. _____

Pflegestufe: _____ Pflegestufe: _____

ggf. Grad d. Behinderung in % _____ ggf. Grad d. Behinderung in % _____

Bezeichnung der Behinderung: _____ Bezeichnung der Behinderung: _____

Ich möchte Mitglied im ABS e. V. _____ (bitte informieren Sie mich) kein Mitglied im ABS e.V. _____ werden.
Eine Mitgliedschaft ist nicht zwangsweise notwendig. Nichtmitglieder erhalten die gleichen Leistungen.

welche Pflege - Hilfsmittel werden benutzt: welche Pflege - Hilfsmittel werden benutzt:

Rollator _____ Rollstuhl _____ Duschrollstuhl _____ Rollator _____ Rollstuhl _____ Duschrollstuhl _____

Pflegebett _____ Personenlifter _____ Gehhilfe _____ Pflegebett _____ Personenlifter _____ Gehhilfe _____

Antidekubitusmatraze _____ Bettauflage _____ Antidekubitusmatraze _____ Bettauflage _____

Windeln/Einlagen _____ Sondennahrung _____ Windeln/Einlagen _____ Sondennahrung _____

Stoma _____ Katheter/Dauerkatheter _____ Stoma _____ Katheter / Dauerkatheter _____

E-Rolli Breite X Länge in cm _____ E-Rolli hat Nassbatterie _____ Trockenbatterie _____

Liste der Medikamente: (ggf. auf 2.Blatt) Liste der Medikamente: (ggf. auf 2. Blatt)

bitte kommen Sie uns mit einem Rollstuhlfahrzeug _____ mit einem normalen Fzg. _____ abholen.

1.Person v. PLZ - Wohnort: _____ Str. _____

2.Person v. PLZ - Wohnort: _____ Str. _____

(1.)Tel.Nr. d.Hausarztes: _____ (2.)Tel. Nr. d. Hausarztes _____

Name _____ Name _____

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 den Häusern Wangen u. 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 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 Kopien von dem, was Sie geschrieben haben und senden uns die beiden beschrifteten Originalblätter (das 1.Blatt, also die Objektbeschreibung, sowie die beiden Kopien behalten Sie für Ihre Unterlagen) zu. Unsere Anschrift lautet:

ABS e.V. - Arbeitsgemeinschaft Behinderter und Senioren Schulweg 1 - 54531 Meerfeld

für Rückfragen stehen wir telefonisch unter: 06572 932905 zur Verfügung (bitte hinterlassen Sie ggf. Ihre Rufnummer auf dem Anrufbeantworter, wir rufen zurück) Sie haben auch eine Möglichkeit, diese Blätter zu faxen. Teilen Sie es uns bitte vorher mit, da wir ein leicht antiquiertes Gerät benutzen, welches vorher manuell eingestellt werden muss)

Den täglichen Pflege / Betreuungssatz in Höhe von 53 Euro (15 Tage = 795 €) werde ich vor Beginn des betreuten Urlaubs überweisen - das Antragsformular der Pflegekasse zum Zwecke der Rückerstattung (nach § 39, SGB XI - Verhinderungspflege) habe ich mir bereits von meiner Pflegekasse besorgt und füge ich diesem Schreiben bei _____ (Bitte ankreuzen, falls zutreffend) (Habe ich noch nicht besorgt. Ich erbitte es von Ihnen) _____ (Bitte ankreuzen, falls zutreffend) Bitte senden Sie es mir ausgefüllt u. abgestempelt zusammen mit den Reiseunterlagen zu. Falls mein Wunschtermin und auch der von Ihnen benannte erste Termin nicht realisierbar sein sollten, erbitte ich Ihre Benachrichtigung und ggf. einen alternativen Reisettermin.

Ort, Datum

Unterschrift
