

# Reiseanmeldung

An die  
 DRK-Reisen für Senioren  
 Baden-Württemberg gGmbH  
 Badstraße 39 - 41  
 70372 Stuttgart

oder an Ihren DRK-Kreisverband

Hiermit buche ich folgende Reise:

**Reiseziel** \_\_\_\_\_

**Reisedatum** (von/bis) \_\_\_\_\_

**Doppelzimmer** pro Person  
 laut Katalogausschreibung \_\_\_\_\_ Euro

**mit** \_\_\_\_\_  
 (Anmeldeformular der 2. Person bitte ebenfalls zusenden)

**Einzelzimmer** pro Person  
 laut Katalogausschreibung \_\_\_\_\_ Euro

Unverbindlicher Wunsch: \_\_\_\_\_

**Hausabholung durch das DRK:**  **Ja**  **Nein**  
 Bei Selbstanreise zum Treffpunkt erhalten Sie  
 einen Rabatt von 100,- Euro pro Person auf den  
 Reisepreis.

## Reisegast

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Ich habe Ihre allgemeinen Reisebedingungen bzw. die spezifischen Reisebedingungen der entsprechend gekennzeichneten Reisen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Diese Reiseanmeldung wird durch meine Unterschrift verbindlich.**

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

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Ja**  **Nein** Ich bin damit einverstanden, dass ich auch zukünftig Informationen zu den DRK-Seniorenreisen erhalte.  
 Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

**Ihre Datenschutzrechte, finden Sie auf der Seite 56 unserer Reisekataloges.**

# Persönlicher Fragebogen



Deutsches  
Rotes  
Kreuz

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Diese Angaben sind freiwillig. Sie helfen uns damit aber, die gebuchte Reise zu einem sicheren und unvergesslichen Erlebnis zu machen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Diese Personen im Notfall benachrichtigen

1. Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

## Ihr Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

## Ihre Krankenversicherung

Bei Inlandsreisen: Gesellschaft \_\_\_\_\_ V.-Nummer \_\_\_\_\_

Bei Auslandsreisen: \_\_\_\_\_

Eigene Vers.      Gesellschaft \_\_\_\_\_ V.-Nummer \_\_\_\_\_

Sie buchen das Versicherungspaket der ERV inkl. Auslandskrankenschutz (siehe vorne)

## Krankheiten/Einschränkungen

Diabetes     Typ I     Typ II

## Allergien

Bitte besprechen Sie bei Krankheiten/Einschränkungen Ihre Reisefähigkeit mit Ihrem Hausarzt

## Benötigte Unterstützung bei der Reise

Ankleiden     Duschen/Waschen     Medikamenteneinnahme     Sonstiges \_\_\_\_\_

Kommt ein Pflegedienst zu Ihnen nach Hause?  Ja  Nein Pflegegrad:  keine  1  2  3  4  5  
Falls ja, für folgende Unterstützungsleistungen:

Bitte beachten Sie, dass unsere Reisebegleitung keine Einzelbetreuung wahrnehmen kann. Ob die notwendige Hilfestellung gewährleistet werden kann, wird im Vorfeld der Reise erklärt. Gerne helfen wir bei der Suche eines ambulanten Pflegedienstes oder organisieren gegen einen Aufpreis eine Einzelbetreuung.

## Ihre Medikamente

Medikament \_\_\_\_\_ Tages-Dosis (mg/ml) \_\_\_\_\_ Einnahmezeit \_\_\_\_\_

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

Unterschrift \_\_\_\_\_