

Deutscher Lourdes Verein Köln

Schwalbengasse 10, 50667 Köln

Tel.: 0221 – 99 222 1-0; Fax: 0221 – 99 222 1-29; e-Mail: info@lourdes-verein.de

Zugwallfahrt mit Kranken

26. Mai – 02. Juni 2023 - Pfingsten



Anmeldung:

Name	_____	Adresse: Straße	_____
Vorname	_____	Postleitzahl	_____
Geburtsdatum	_____	Wohnort	_____
Gewicht (kg)	_____	Telefon	_____/_____
Konfession	_____	Pflegegrad:	_____

Pflegeüberleitungsbogen bitte mitbringen

Notfall-Name:

Ich war schon einmal im Krankenzug in Lourdes: ja, zuletzt im Jahr _____ nein

Ein aktueller amtlicher, negativer Corona-Test muss bei Abreise vorgelegt werden.

FAHRT VOM HEIMATORT ZUM BAHNHOF DES PILGERZUGES

Ich steige in folgendem Bahnhof in den Pilgerzug ein (z.B. Köln): _____

Vom Heimatort zur Bahnstation komme ich allein mit Begleitung
im Krankenwagen

Einen Rollator bringe ich mit ja

Einen Rollstuhl bringe ich mit (**keinen elektrischen Rollstuhl mitbringen!**) ja

Sonstige Hilfsmittel? _____ ja

Medikamente für volle 8 Tage nehme ich mit!

ZUGFAHRT VON DEUTSCHLAND NACH LOURDES

Es steht leider kein Lazarett-Wagen zur Verfügung!

Im Zug kann ich allein zum Waschraum / Toilette gehen ja nein

Im Zug fahren Angehörige (Name: _____) mit ja nein

IN LOURDES WOHNEN WIR IM ACCUEIL (KRANKENHERBERGE)

KRANKENSITZWAGEN („CHAISE“) SIND DORT AUSREICHEND VORHANDEN.

Ich kann mich alleine waschen ja nein

Ich kann mich alleine an-/ausziehen ja nein

Zum Speisesaal kann ich alleine gehen (ca. 100 m) ja nein

Ich kann ohne Hilfe essen ja nein

Eine Diät ist erforderlich ja nein

Angabe der Diät: _____

Mit der Weitergabe aller meiner Daten an das betreuende Pflegepersonal bin ich einverstanden!

Datum _____

Unterschrift _____

ARZTSACHE – VERTRAULICH

Angaben bitte vom Hausarzt / behandelnden Arzt eintragen lassen



ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

für Herrn/Frau _____

Der/Die Patient/in leidet an folgenden Erkrankungen

(Bitte um Ausdruck der Dauerdiagnosen oder gut lesbar ausfüllen):

Vollständig gegen Corona geimpft / genesen	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
Verhaltensstörung/Verwirrtheit/Demenz	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dauerhaft?	nein <input type="checkbox"/>
Er/Sie ist derzeit frei von ansteckenden Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
Dekubitus, Ulcus cruris, sonstige Wunden	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
Liegt oder lag eine MRSA-Infektion vor	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>

Allergien und Medikamentenunverträglichkeit

Folgende Medikamente werden benötigt

(Bitte um Ausdruck des aktuellen Medikamentenplans oder gut lesbar ausfüllen):

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Wir bitten zusätzlich um Übersendung von Kopien aktueller Berichte oder Arztbriefe (z. B. Krankenhaus-Entlassungsbriefe).

FOLGENDE MEDIZINISCHE MAßNAHMEN SIND NOTWENDIG:

Injektionen (z.B. Insulin) _____

Katheter-/Stomapflege _____

Verbände _____

Datum

Unterschrift – Stempel

Telefonnummer des Arztes (bitte für evtl. Rückfragen angeben): _____