

**Verbindliche Anmeldung zur Reise  
Bad Kissingen vom 20. bis 29. Mai 2025**
 Einzelzimmer                       Doppelzimmer                       Doppelzimmer als Einzelzimmer

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

**Notfall-Kontaktperson**                      Telefon: \_\_\_\_\_

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

**Hausarzt/ Hausärztin**                      Telefon: \_\_\_\_\_

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

 Haben Sie eine **“Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten”** erteilt?

 Ja, an: \_\_\_\_\_ (Telefon) \_\_\_\_\_  Nein

 Nehmen Sie einen **Rollator** mit?                       Ja                       Nein

 Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Haben Sie **körperliche Einschränkungen/ Erkrankungen**, über die unsere Reisebegleitung für den Notfall informiert sein sollte?

---

Platz für Anmerkungen/ Wünsche:

**Foto-Einverständnis:** Fotos von meiner Person, die während der Reise aufgenommen werden, dürfen auf Webseiten und in Printmedien des DRK veröffentlicht und verbreitet werden. Wünschen Sie keine Veröffentlichung Ihrer Person, treten Sie bitte vor Aufnahme aus dem Bild.

 Ja |  Nein

**Datenverarbeitung:** Ich bin damit einverstanden, dass das DRK meine Daten für die Versendung der Reiseangebote speichert und mir diese (jährlich) zusendet. Möchte ich diese zukünftig nicht mehr erhalten, kann ich das jederzeit schriftlich oder telefonisch widerrufen. Ich bin damit einverstanden, dass der DRK-Kreisverband meine auf diesem Formular eingetragenen Daten zum Zweck der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung speichert.

**Es gelten unsere aktuellen Reisebedingungen.**

---

**Ort, Datum**
**Unterschrift**

## 2. Person "Mitreisende/r"

### Verbindliche Anmeldung zur Reise zur Reise Bad Kissingen vom 20. bis 29. Mai 2025

Einzelzimmer                       Doppelzimmer                       Doppelzimmer als Einzelzimmer

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

**Notfall-Kontaktperson**                      Telefon: \_\_\_\_\_

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

**Hausarzt/ Hausärztin**                      Telefon: \_\_\_\_\_

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

Haben Sie eine "**Vorsorgevollmacht** in Gesundheitsangelegenheiten" erteilt?

Ja, an: \_\_\_\_\_ (Telefon) \_\_\_\_\_  Nein

Nehmen Sie einen **Rollator** mit?                       Ja                       Nein

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Haben Sie **körperliche Einschränkungen/ Erkrankungen**, über die unsere Reisebegleitung für den Notfall informiert sein sollte?

---

Platz für Anmerkungen/ Wünsche:

**Foto-Einverständnis:** Fotos von meiner Person, die während der Reise aufgenommen werden, dürfen auf Webseiten und in Printmedien des DRK veröffentlicht und verbreitet werden. Wünschen Sie keine Veröffentlichung Ihrer Person, treten Sie bitte vor Aufnahme aus dem Bild.

Ja |  Nein

**Datenverarbeitung:** Ich bin damit einverstanden, dass das DRK meine Daten für die Versendung der Reiseangebote speichert und mir diese (jährlich) zusendet. Möchte ich diese zukünftig nicht mehr erhalten, kann ich das jederzeit schriftlich oder telefonisch widerrufen. Ich bin damit einverstanden, dass der DRK-Kreisverband meine auf diesem Formular eingetragenen Daten zum Zweck der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung speichert.

**Es gelten unsere aktuellen Reisebedingungen.**

---

Ort, Datum

Unterschrift