

# Anmeldung 2018



An

**Lebenshilfe Tours Bremen**

Waller Heerstraße 55

28217 Bremen

Vorname und Name		Geburts-Datum
Straße und Haus-Nummer		
Postleit-Zahl und Ort		
Telefon	Mobil-Telefon	
E-Mail		

Ich bin einverstanden, dass Sie mir Infos zu meiner Fahrt und die Einladung zum Vor-Treffen als E-Mail schicken. Diese Infos kommen dann nicht mehr mit der Post. ja  nein

Ich habe **keine** gesetzliche Vertretung / gesetzliche Betreuung

Ich habe eine **gesetzliche Vertretung / gesetzliche Betreuung** für den Bereich / die Bereiche:

\_\_\_\_\_

Vorname und Name des gesetzlichen Betreuers	E-Mail
Straße und Haus-Nummer	Postleit-Zahl und Ort
Telefon	Mobil-Telefon

## Ich melde mich an für:

Fahrt-Nummer	Termin	Fahrt-Ziel
--------------	--------	------------

und  oder

Fahrt-Nummer	Termin	Fahrt-Ziel
--------------	--------	------------

und  oder

Fahrt-Nummer	Termin	Fahrt-Ziel
--------------	--------	------------

Ich möchte ein Einzel-Zimmer.

ja  nein

Das kostet mehr. Fragen Sie nach dem Preis.

Wir wollen, dass es Ihnen auf der Fahrt gut geht. Bitte beschreiben Sie kurz, welche Hilfe Sie brauchen.

Lifter  Pflegebett  Duschstuhl

---

---

---

Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der folgenden Seite!

Haben Sie einen Pflege-Grad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> nein
Wie viel Begleitung brauchen Sie?	<input type="checkbox"/> 1 zu 3	<input type="checkbox"/> 1 zu 2	<input type="checkbox"/> 1 zu 1			
Haben Sie eine Geh-Behinderung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Benutzen Sie einen Rollator oder Roll-Stuhl?	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Roll-Stuhl				
Wenn Sie einen Roll-Stuhl benutzen: Können Sie für die Fahrt auf einen Bus-Sitz umsteigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Kann man den Roll-Stuhl oder Rollator falten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Nehmen Sie Medikamente ein? Wir schicken Ihnen vor der Fahrt einen extra Frage-Bogen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Haben Sie Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Haben Sie einen Behinderten-Ausweis? Wenn ja, mit welchem Merk-Zeichen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
		Merk-Zeichen:				

Wichtig: Fragen Sie **vor** der Fahrt bei Ihrer Pflege-Kasse, ob Sie Geld für eine Fahrt bekommen.

Ich habe die Teilnahme-Bedingungen gelesen. Ich bin mit den Teilnahme-Bedingungen einverstanden.

Datum

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift gesetzliche Vertretung/  
gesetzliche Betreuung