



zurück an: **Lebenshilfe Tours Bremen • Waller Heerstraße 55 • 28217 Bremen**

Meine Daten:

Vorname / Name:	
Geburtsdatum:	
Straße / Haus-Nummer:	
Postleit-Zahl / Ort:	
Telefon:	
Mobil-Telefon:	
E-Mail:	
Unterkunft / Stammbetreuer*in:	

Gesetzliche Vertretung / Betreuung:

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

Vorname / Name des gesetzlichen Vertreters:	
Straße / Haus-Nummer:	
Postleit-Zahl / Ort:	
Telefon:	
Mobil-Telefon:	
E-Mail:	

Welche Post soll an Ihre gesetzliche Betreuung verschickt werden (Der Rest geht an Ihre Wohnadresse)?

- Rechnung Unterlagen Medikamente Pack-Liste Foto-Alben

Hilfsmittel:

Wir möchten, dass es Ihnen auf der Fahrt gut geht. Bitte sagen Sie uns, welche Hilfe Sie benötigen:

- Lifter Pflege-Bett Dusch-Stuhl Sonstige (bitte erläutern):



Ich melde mich an für:

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

und oder

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

und oder

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

Bitte beantworten Sie uns noch die folgenden Fragen:

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
Haben Sie eine geistige Behinderung?	ja, Behinderungs-Grad: <input type="text"/> %					<input type="checkbox"/> nein
Wieviel Begleitung benötigen Sie? <i>Bitte kontaktieren Sie uns bei Fragen!</i>	<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 / Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> nein			
Wenn Sie einen Rollstuhl benutzen: Können Sie für die Fahrt auf einen Bus-Sitz umsteigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Kann man den Rollator oder Rollstuhl 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 (auch bei Anfallsfreiheit)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Haben Sie einen Behinderten-Ausweis?	<input type="checkbox"/> ja, Merk-Zeichen: <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> nein

Zimmer-Belegung:

Ich möchte ein **Einzel-Zimmer gegen Aufpreis** buchen (soweit verfügbar).

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

Ich habe die Teilnahme-Bedingungen gelesen und bin damit einverstanden.

Datum _____ Unterschrift Teilnehmer*in _____ Unterschrift gesetzliche Vertretung /
gesetzliche Betreuung _____