Anmeldung Lebenshilfe Tours Bremen 2027

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 geseztliche 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):

Anmeldung Lebenshilfe Tours Bremen 2027

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?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ nein
Haben Sie eine geistige Behinderung?	ja, Behinderungs-Grad: ____ % ☐ nein
Wieviel Begleitung benötigen Sie? *Bitte kontaktieren Sie uns bei Fragen!*	☐ 1 zu 3 ☐ 1 zu 2 ☐ 1 zu 1
Haben Sie eine Geh-Behinderung?	☐ ja ☐ nein
Benutzen Sie einen Rollator / Rollstuhl?	☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ nein
Wenn Sie einen Rollstuhl benutzen: Können Sie für die Fahrt auf einen Bus-Sitz umsteigen?	☐ ja ☐ nein
Kann man den Rollator oder Rollstuhl falten?	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Wir schicken Ihnen vor der Fahrt einen extra Frage-Bogen.	☐ ja ☐ nein
Haben Sie Epilepsie (auch bei Anfallsfreiheit)?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie Diabetes?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie einen Behinderten-Ausweis?	☐ ja, Merk-Zeichen: ____ ☐ 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