



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:	

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.

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:	

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" value=""/> %					<input type="checkbox"/> nein
Wieviel Begleitung benötigen 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 / 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 Fragebogen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Haben Sie Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Haben Sie einen Behinderten-Ausweis?	<input type="checkbox"/> ja, Merk-Zeichen: <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> nein				

Reise-Rücktritts-Versicherung:

Ich möchte eine Reise-Rücktritts-Versicherung abschließen.

Zimmer-Belegung:

Ich möchte ein Einzelzimmer (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

Unterschrift gesetzliche Vertretung /
gesetzliche Betreuung