

Anmeldung 2019



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 Pflege-Bett Dusch-Stuhl

Bitte beantworten Sie auch die nachfolgenden 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
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