

# ANMELDEFORMULAR REISEN & GRUPPEN

## 2026

### FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND ERWACHSENE

An:

*Lebenshilfe Tours*

*oder per Mail an:*

*Wilhelmshaven-Friesland e.V.*

*tours@lebenshilfe-whv-fri.de*

*Bismarckstraße 178 - 180*

*26382 Wilhelmshaven*

Verbindliche Anmeldung für:

Vorname und Name	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl und Ort		
Telefon	Mobil-Telefon	
E-Mail		

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 Hausnummer	Postleitzahl und Ort
Telefon	Mobil-Telefon

Ich melde mich an für:

Bitte tragen Sie die Seitenzahl sowie den Titel der gewünschten Buchung ein.

Beispiel:

Titel: <b>Phantasialand – Köln</b>	Datum: <b>24.04. – 26.04.2026</b>	Seitenzahl: <b>Seite 36</b>
---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

und  oder

Titel: <b>Inselkicker WHV</b>	Datum: <b>jeden Mittwoch</b>	Seitenzahl: <b>Seite 48</b>
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Titel:	Datum:	Seitenzahl:
--------	--------	-------------

und  oder

Titel:	Datum:	Seitenzahl:
--------	--------	-------------

und  oder

Titel:	Datum:	Seitenzahl:
--------	--------	-------------

und  oder

Titel:	Datum:	Seitenzahl:
--------	--------	-------------

Ich möchte ein Einzelzimmer.  Ja  Nein Das kostet mehr. Fragen Sie nach dem Preis.

Bitte zweite Seite beachten



# ANMELDEFORMULAR REISEN & GRUPPEN

## 2026

### FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND ERWACHSENE

**Bitte beantworten Sie auch die nachfolgenden Fragen:**

Haben Sie einen Pflegegrad?

Nein

Ja → Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Betreuungsschlüssel:  S.85

1:1  1:2  1:3

Haben Sie eine Gehbehinderung?

Ja  Nein

wenn ja, ...

Benutzen Sie einen Rollator oder Rollstuhl?

Rollator  Rollstuhl

wenn Rollstuhl, ...

Können Sie für die Fahrt auf einen Sitz umsteigen?

Ja  Nein

Ist der Rollstuhl klappbar?

Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja  Nein

Haben Sie Epilepsie?

Ja  Nein

Wir schicken Ihnen vor der gebuchten Leistung einen extra Fragebogen zu.

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Ja  Nein

wenn ja, ...

Welche Merkzeichen sind vermerkt?

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie abrechnen?

Private Rechnung

wenn über die Krankenkasse, ...

Über die Krankenkasse  S.77

Name der Krankenkasse:

Versichertennummer:

Entlastungsleistung §45b SGB XI

Verhinderungspflege §39 SGB XI /

Gemeinsamer Jahresbetrag §42a SGB XI

**Bitte beachten Sie:**

Eine Abrechnung über die Krankenkasse ist nur mit gültigem **Nachweis** möglich.

Dieser muss uns **vor der Reise** vorliegen.

**Es handelt sich um eine verbindliche Anmeldung, die nur mit allen nötigen Unterschriften gültig ist.**

- Ich willige ein, dass **Fotoaufnahmen** zu den im Informationsschreiben genannten Zwecken zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß Art. 13 DSGVO erstellt und verarbeitet werden.  S.72
- Ich willige ein, dass die Lebenshilfe Wilhelmshaven-Friesland e.V. alle angegebenen **personenbezogenen Daten** gemäß DSGVO speichert und verarbeitet.  S.71
- Ich stimme den **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** der Lebenshilfe Wilhelmshaven-Friesland e.V. zu.
- Ich bestätige, dass alle Angaben **korrekt** und **vollständig** ausgefüllt wurden.



**Datum, Unterschrift gesetzliche Vertretung / gesetzliche Betreuung**

**Name, Vorname in Druckbuchstaben**

**Datum, Unterschrift Teilnehmer:In**

**Hinweis:**

Die Buchung gilt als bestätigt, sobald Sie eine schriftliche Bestätigung der Lebenshilfe Tours erhalten haben.