



# ANMELDEFORMULAR REISEN & GRUPPEN

## 2026

### FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND ERWACHSENE

An:

**Lebenshilfe Tours**

**Wilhelmshaven-Friesland e.V.**

Bismarckstraße 178 - 180

26382 Wilhelmshaven

oder per Mail an:

**tours@lebenshilfe-whv-fri.de**

#### 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

☐

**BITTE ANKREUZEN:**  
Postanschrift für alle Reiseunterlagen  
(Rechnung, Buchungsbestätigung, etc.)

☐

#### Ich melde mich an für:

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

Beispiel:

Titel: Phantasialand - Köln	Datum: 24.04. - 26.04.2026	Seitenzahl: Seite 36
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------

☒ und ☐ oder

Titel: Inselkicker WHV	Datum: jeden Mittwoch	Seitenzahl: Seite 48
---------------------------	--------------------------	-------------------------

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.