



Rückmeldebogen für Reiseteilnehmer 2019

| | | |
|---|--------|---|
| Vorname und Name | | Geburtsdatum |
| Straße und Haus-Nummer | | |
| Postleitzahl und Ort | | |
| Telefon | E-Mail | Mobiltelefon |
| Besteht ein Pflegegrad? <input type="checkbox"/> ja, welcher ① ② ③ ④ ⑤ <input type="checkbox"/> nein | | Werden Medikamente eingenommen? <input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> nein |
| Wird ein Rollator oder ein Rollstuhl benötigt? <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> nein | | Welche medizinischen/ pflegerischen Hilfsmittel werden auf der Reise benötigt (z.B. Lifter, Sauerstoffgerät, Pflegebett, usw.)? |
| Wenn ein Rollstuhl benötigt wird: Kann während der Fahrt im Bus Platz genommen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Gesetzlicher Vertreter:

| | | |
|------------------------|---------|--------------|
| Name | Vorname | |
| Straße und Haus-Nummer | | |
| Postleitzahl und Ort | | |
| Telefon | E-Mail | Mobiltelefon |

Ich würde gerne an folgenden Reisen teilnehmen:

| | | |
|--------------|--------|-----------|
| Reisennummer | Termin | Reiseziel |
|--------------|--------|-----------|

und oder

| | | |
|--------------|--------|-----------|
| Reisennummer | Termin | Reiseziel |
|--------------|--------|-----------|

und oder

| | | |
|--------------|--------|-----------|
| Reisennummer | Termin | Reiseziel |
|--------------|--------|-----------|

und oder

| | | |
|--------------|--------|-----------|
| Reisennummer | Termin | Reiseziel |
|--------------|--------|-----------|

Eine Bestätigung der Teilnahme (sowie Zusendung der jeweiligen Anmeldeformulare) erfolgt Anfang Februar 2019.

Rückmeldungen bitte schriftlich an:

Lebenshilfe Saarpfalz e.V., Klaus Tussing-Straße 2a, 66386 St. Ingbert,

Fax: 06894-921717 oder E-Mail: reisen@lebenshilfe-saarpfalz.de

www.lebenshilfe-saarpfalz.de