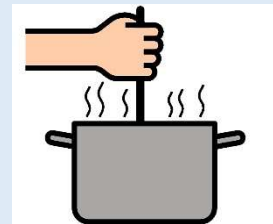


## Kulinarische Reise 2026

Wir entdecken gemeinsam die internationale Küche.  
Das musst du probieren.  
Wir verbringen gemeinsam lockere Abende und  
lassen uns bekochen. Das wird ein Genuss.



### 6 Termine donnerstags in und um Koblenz



- 05.03. *Asiatisches Buffet*: **Mongol**, Industriestraße 4, 56218 Mülheim-Kärlich
- 07.05. *Internationale Karte*: **Turnerheim Güls**, Eiseheiligenstraße 2, 56072 Koblenz
- 25.06. *Deutscher Schnitzeltag*: **Forsthaus Kühkopf**, 56075 Koblenz
- 27.08. *Königsbacher Biergarten am Deutschen Eck*, Esther-Bejarano-Str. 2, 56068 Koblenz
- 01.10. *Deutsch à la carte*: **Königsbacher Treff**, Löhrrstraße 143, 56068 Koblenz
- 12.11. *Italienisch à la carte*: **Remos**, Bahnhofpl. 5, 56068 Koblenz

### Wann?



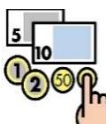
Jeweils von 18:00 bis 20:00 Uhr

### Wo?



Wir treffen uns bei dem Restaurant, das wir für das Datum vorgesehen haben.  
Neben den Terminen (siehe oben) steht das jeweilige Restaurant.

### Kosten



Betreuungs-kosten: 45,00 Euro  
Sach-kosten: Du bezahlst für dein Essen und deine Getränke selbst.  
Bitte also ausreichend viel Geld dafür mitbringen.

### Was Du brauchst



Gute Laune und Appetit.

## Anmeldung

### Zur Teilnahme am (Zutreffendes bitte ankreuzen)

22.01.     05.03.     07.05.     25.06.     27.08.     01.10.     12.11.

Name, Vorname: .....  
Geb. Datum: .....  
Str./ Nr.: .....  
PLZ/ Ort: .....  
Tel.: .....  
Name gesetzl. Vertretung: .....  
Telefonisch erreichbar unter: .....

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für das beschriebene Angebot der Lebenshilfe Koblenz e.V. an.

Für das Stadtgebiet Koblenz und das nähere Umland gibt es einen **Fahrdienst**. Strecken darüber hinaus sind nur nach *individueller* Absprache möglich.

Ich brauche einen Fahrdienst.                    ja                     nein

Ich bin auf einen Rollstuhl angewiesen.    ja                     nein

Ich habe einen Pflegegrad.                    ja                     nein

Ich habe eine Allergie und/oder Unverträglichkeit:

.....

Die Abrechnung soll über folgendes Budget erfolgen:

§ 39 SGB XI (Verhinderungspflege)                   

§ 45b SGB XI (Entlastungsleistungen)                   

Selbstzahler/private Rechnung                   

Ihre Anmeldung erwarten wir schriftlich mit dem Anmeldeformular.

Mit der Anmeldung willigen Sie ggf. in die Datenweitergabe zu Abrechnungszwecken ein.

Bitte warten Sie zunächst auf eine Zusage.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer:in / gesetzl. Vertretung