

ALLTAGS- MOBILITÄTS- TRAINING

für Rollstuhlnutzende, ihre
Begleiter und Rollatorenutzer

Das lernen Sie:

- Bordsteine, Steigungen, (Roll)Treppen, Rampen meistern
- Sicher unterwegs mit Bus und Bahn
- Einkaufen und Alltag leichter bewältigen
- Praktische Tipps und Tricks für Haushalt, Freizeit und Beruf
- Rollstuhltechnik und individuelle Fahrtechniken

Warum teilnehmen?

- Mehr Sicherheit und Selbstständigkeit im Alltag gewinnen
- Hindernisse sicher bewältigen lernen
- Selbstvertrauen, Resilienz und Mobilität stärken
- Aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen

Ihre Vorteile:

- Mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität
- Stärkung von Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination
- Abbau von Unsicherheiten und Hemmungen
- Austausch mit anderen Rollstuhlnutzenden
- Kompetenter Umgang mit Hilfsmitteln



Fotos: Eberl (BRK), Canva Pro



Kosten:

- 15,00€ pro Teilnehmer für Selbstzahler (Beleitperson frei) Abrechnung über die Pflegekasse mit Pflegegrad möglich (in den Kosten ist die Versorgung mit Speisen und Getränken enthalten)
- Mit Überweisung des Teilnehmerbetrags bis Dienstag, 02.10.2026 auf folgendes Konto wird die Anmeldung abgeschlossen.
- Bei eigenen Absage nach dem 13.10.2026 bzw. Nichtteilnahme verfällt der Beitrag ohne Erstattung.

Kontoinhaber: BRK-Kreisverband Kelheim
IBAN: DE17 7505 1565 0000 0001 25
Verwendungszweck: Nachname, Vorname +
Mobilitätstraining OBA



Samstag, 17. Oktober 2026
10:00 – ca. 16:00 Uhr
Drei-Burgen-Halle Riedenburg
Schulstraße 4 in 93339 Riedenburg





ALLTAGS- MOBILITÄTS- TRAINING



Persönliche Daten:

Name des Teilnehmers: _____

☐ mit Begleitperson (max. eine Person)

Telefonnummer / E-Mail: _____ (nur für Rückfragen)

Geburtsjahr: _____

Ausprägung der Bewegungseinschränkung: (zur individuellen Anpassung der Module)

☐ Querschnitt

☐ Schlaganfall

☐ betonte Halbseitenlähmung

☐ Multiple Sklerose (MS)

☐ Amputation

☐ Muskeldystrophie, ALS, Duchenne

☐ Polio

☐ Schwindel

☐ Diabetes Mellitus

☐ Chronisches Fatigue Syndrom (CFS)

☐ Herz-Kreislauf

☐ Krebsfolgen

☐ Epilepsie

☐ Versteifungen (Wirbelsäule/Skoliose)

☐ Aktivrollstuhl ☐ Rollstuhl m. Elektrounterstützung

☐ Rollator/Gehhilfe/Orthesen

☐ E-Rollstuhl ☐ ich benötige einen Leihrollstuhl

Sonstiges: _____

Speisen und Getränke:

☐ Selbstversorger

Speisen: ____ Brezen, ____ Käsesemmel, ____ Wurstsemmel

Getränke: ____ Kaffee (Tasse), ____ Tee, ____ Apfelschorle (0,5l), ____ Mineralwasser (0,5l)