

Anmeldeformular

Hiermit melde/n ich/wir mich/uns verbindlich zur Teilnahme an der Patientenschulung für Patienten mit Primären Immundefekten an. Der Veranstalter behält sich das Recht vor, die Schulung bei zu geringer Teilnehmerzahl bei vollständiger Erstattung des Eigenanteils abzusagen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir bei Absage durch den Teilnehmer ab 2 Wochen vor dem Schulungstermin nur noch eine 50%ige oder bei Nichterscheinen keinerlei Rückerstattung des Eigenanteils leisten können.

Patient

Name		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefon		
E-Mail-Adresse		

weitere Teilnehmer / Begleitperson (en)

	Name	Geburtsdatum	Beziehungsverhältnis zum Patienten <i>(freiwillige Angabe)</i> (z.B. Vater, Mutter, Ehe-/Lebenspartner/in, Schwester, Bruder, Freund/in etc.)
1.			
2.			
3.			
4.			

Schulung:

Freiburg i. Br.	23. - 24. März 2019	Samstag + Sonntag
Berlin	6. - 7. April 2019	Samstag + Sonntag
München	4. - 5. Mai 2019	Samstag + Sonntag
Leipzig	25. - 26. Mai 2019	Samstag + Sonntag
Hannover	2. - 3. November 2019	Samstag + Sonntag
Bochum	16. - 17. November 2019	Samstag + Sonntag

Der Antragsteller stimmt zu, dass personengebundene Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich im Rahmen der Sachbearbeitung im Zusammenhang mit der Schulung verarbeitet und genutzt werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort	Datum	Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten

Weitere Angaben zum Patienten:

Erkrankung <i>(freiwillige Angabe)</i>	
Betreuende Klinik/Arzt	

Bitte beachten Sie:

Die Angabe der Erkrankung ist freiwillig. Sie dient lediglich zur **Information der Schulungstrainer** (i.d.R. 2 Ärzte, 1 Psychologe und 1 Krankenschwester), damit ggf. Besonderheiten der Erkrankung im Vorfeld vorbereitet und in der Schulung angebracht werden können. Die Diagnose wird **nicht an Dritte** (z.B. andere Ärzte, Krankenkassen) weiter gegeben. Die Diagnose wird auch **NICHT während der Schulung Dritten**, insbesondere anderen Schulungsteilnehmern, bekannt gegeben! **Alle Mitarbeiter der AG PID-Schulung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Krankenkasse		
Versicherungsnummer		
Adresse der Krankenkasse		
PLZ, Ort		

Bitte geben Sie an:

Kinderbetreuung (ab 3 Jahren)	Ja	Nein
Übernachtung (1 Nacht / Sa-So)	Ja	Nein
Übernachtung (2 Nächte / Fr-So)	Ja	Nein

Sonstige Wünsche/Mitteilungen:	

Anmeldeformulare zurücksenden an:
 AG PID-Schulung
 Dr. Faßhauer, M. Keller
 Immundefekt-Zentrum Leipzig
 Kinderklinik Klinikum St. Georg
 Delitzscher Str. 141
 04129 Leipzig