

Anmeldeformular

Hiermit melde/n ich/wir mich/uns verbindlich zur Teilnahme an der Patientenschulung für Patienten mit Primären Immundefekten an.

Patient

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

weitere Teilnehmer / Begleitperson (en)

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

Schulung:

Freiburg i. Br.	21. - 22. März 2020	Samstag + Sonntag
Berlin	18. - 19. April 2020	Samstag + Sonntag
München	16. - 17. Mai 2020	Samstag + Sonntag
Leipzig	20. - 21. Juni 2020	Samstag + Sonntag

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 zwei Wochen vor dem Schulungstermin nur noch eine 50%ige und ab einer Woche vor dem Schulungstermin oder bei Nichterscheinen keinerlei Rückerstattung des Eigenanteils leisten können.

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