

AG PID-Schulung  
z.H. Fr. Dr. Faßhauer  
Klinikum St. Georg  
Immundefektzentrum Leipzig  
Delitzscher Str. 141  
04129 Leipzig

### Anmeldeformular

#### Termine

13./14.05.2023 in Freiburg i. Br.

03./04.06.2023 in Leipzig

02./03.09.2023 in Bochum

23./24.9.2023 in Berlin

07./08.10.2023 in Hannover

#### Patientendaten (notwendige Angaben, bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient/in)	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon	
Email-Adresse	
Krankenkasse	
Versicherungsnummer	
Adresse der Krankenkasse	

#### freiwillige Angaben zum Patienten

Name der Erkrankung Diagnose/n	
betreuendes Zentrum bzw. Klinik/Arzt	
erkrankt seit	

**Auflistung aller Teilnehmer (inkl. Patient/in)**

<b>Nachname, Vorname</b> Geburtsdatum Patient bzw. Beziehung zum Patienten (Elternteil, Geschwister, (Ehe)partner, ...)	<b>Besonderheiten</b> (Ernährung, Mobilität, Hilfsmittel, ...)	<b>Kinder- betreu- ung</b> (ab 3 Jahren möglich)	<b>Übernachtung</b> (bitte ankreuzen)		
			ohne ÜN	1 ÜN (Sa)	2 ÜN (Fr/Sa)

**Bitte beachten!**

Für Schulungsmaterial, Verpflegung und ggf. Übernachtung entstehen für Sie Kosten in Form eines **Eigenbeitrags**, der nicht - wie die reinen Schulungskosten - durch die Krankenkasse erstattungsfähig ist. Sie erhalten über diesen Eigenbeitrag vor der Schulung eine Rechnung. Eine Übersicht über die Kosten sowie Rücktrittsfristen finden Sie in den FAQ auf unserer Homepage.

**Anmerkungen**

Platz für Ihre Fragen, Wünsche, Bemerkungen, ...

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

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/Sorgeberechtigte/r**