

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

### Anmeldeformular

#### Termine

xx./xx.xx.2024 in Freiburg i. Br.  
01./02.06.2024 in Leipzig  
xx./xx.xx.2024 in München  
xx./xx.xx.2024 in Berlin  
xx./xx.xx.2024 in Hannover

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

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

#### freiwillige Angaben zum Patienten

|   |  |
|---|--|
| Name der Erkrankung<br>Diagnose/n       |  |
| betreuendes Zentrum<br>bzw. Klinik/Arzt |  |
| erkrankt seit                           |  |

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

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