

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 (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)

Nachname, Vorname Geburtsdatum Patient bzw. Beziehung zum Patienten (Elternteil, Geschwister, (Ehe)partner, ...)	Besonderheiten (Ernährung, Mobilität, Hilfsmittel, ...)	Kinder- betreuung (ab 3 Jahren möglich)	Übernachtung (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