

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

Anmeldeformular

Termine 2026

25./26.04.2026 Freiburg ☐

06./07.06.2026 Leipzig ☐

03/04.10.2026 Hannover* ☐

Termine 2027

05./06.06.2027 Leipzig ☐

06./07.11.2027 Münster ☐

*Besonderheit: Patienten mit Immundefekt und Autoimmunität unter regelmäßiger IgG-Therapie

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. Die Preise gelten für jeden erwachsenen sowie jugendlichen Teilnehmer ab 13 Jahren. Die Teilnahme für **Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr** ebenso wie die Kinderbetreuung bieten wir Ihnen **kostenfrei** an.

Eigenanteile Teilnehmer (ab 13 Jahren):

- 50,00 € p.P. Teilnahme ohne Übernachtung
- 75,00 € p.P. Teilnahme mit einer Übernachtung (Sa)
- 100,00 € p.P. Teilnahme mit zwei Übernachtungen (Fr/Sa)

Weitere Informationen z.B. bzgl. Rücktrittsbedingungen finden Sie in 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