

Mitgliedsantrag zur Aufnahme in die Selbsthilfegruppe Undine Syndrom e.V.

Ich/Wir erkläre/n hiermit unser Einverständnis für die Aufnahme in Ihre Adressliste zwecks Weitergabe der Adressen an andere Mitglieder. Die hier abgefragten Daten werden nur für statistische Zwecke benötigt, unterliegen aber sonst unserer Schweigepflicht. Die Eintragung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung widerrufen werden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 30€ pro Jahr. Bitte überweisen Sie den Betrag auf das unten aufgeführtes Konto.

Ort, Datum

Unterschrift

Persönliche Daten:

Nachname der Eltern: _____

Vorname der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon/HandyNr.: _____

E-mail: _____

Beruf der Eltern: _____

Geschwister (Anzahl/Geburtsdatum/gesund): _____

Name des Undine-Patienten: _____

Geburtsdatum des Undine-Patienten _____

Geburt/Schwangerschaft (Probleme): _____

Alter der Diagnose: _____

Genetische Untersuchung (Ergebnis): _____

Sonstige Erkrankungen (Morbus Hirschsprung, Augen, Herz, Zucker, Krämpfe, Allergien ...):

Pflegedienst/Krankenkasse/Krankenhaus:

Dauer des Klinikaufenthaltes: _____

Betreuende Klinik (Name/Adresse): _____

1. Vorsitz:
Eva Brandenbusch
Wilhelm-Furtwänglerstr.17
68259 Mannheim

2. Vorsitz:
Dr. med Almos Cseke
Zur alten Eiche 19
35394 Gießen

Kassenwartin:
Regina Müller
Gartenfeldstr.21
54427 Kell am See

Betreuender Pflegedienst (Name/Adresse): _____

Ausbildung der Nachtwachen: _____

Pflegestufe (welche, seit wann): _____

Krankenkasse: _____

Anzahl der genehmigten Betreuungsstunden: _____

Schwerbehindertenausweis (% , Merkzeichen): _____

Gerichtliche Verfahren wegen Integrationshilfen/Nachtdienst/Pflegestufe (gegen wen/Ausgang):

Beatmung/Überwachung:

Beatmung: Wie viel Stunden beatmet (Tag/Nacht): _____

Beatmungssituation früher (von-bis): _____

Beatmungsform/-modus: _____

Beatmungsform früher (von-bis). _____

Typ des Beatmungsgerätes: _____

Sonstige Überwachungsgeräte/überwachte Parameter (O₂, CO₂,...): _____

Ausbildung/Schule/Kindergarten:

Besucht Schule/Kindergarten/Beruf (Klasse): _____

Art der Schule/Kindergarten/Beruf: _____

Integrationshilfe (wie viel Stunden/Geld genehmigt/von wem genehmigt/Ausbildung der Begleitung): _____

Sportliche Aktivitäten (Art/Probleme): _____

Urlaub (In-/Ausland/mit/ohne Nachtwache/Flug): _____

Sonstiges:

1. Vorsitz:
Eva Brandenbusch
Wilhelm-Furtwänglerstr.17
68259 Mannheim

2. Vorsitz:
Dr. med Almos Cseke
Zur alten Eiche 19
35394 Gießen

Kassenwartin:
Regina Müller
Gartenfeldstr.21
54427 Kell am See