

## 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 und Vereinssitz:  
Eva Brandenbusch  
Wilhelm-Furtwänglerstr.17  
68259 Mannheim  
:

2. Vorsitz:  
Annika Braun

Geschäftsführerin:  
Romy Heydorn  
Kassenwärtin  
Regina Müller

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 (O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>,...): \_\_\_\_\_

### **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 und Vereinssitz:  
Eva Brandenbusch  
Wilhelm-Furtwänglerstr.17  
68259 Mannheim

2. Vorsitz:  
Annika Braun

Geschäftsführerin:  
Romy Heydorn  
Kassenwärtin  
Regina Müller