

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 interne 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

Nachname der Eltern: _____

Vorname der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon/ HandyNr.: _____

E-mail: _____

Name des Undine-Patienten: _____

Geburtsdatum des Undine-Patienten _____

Alter der Diagnose: _____

Genetische Untersuchung (Ergebnis): _____

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

Betreuende Klinik (Name/Adresse): _____

Pflegestufe (welche, seit wann): _____

Anzahl der genehmigten Überwachungsstunden: _____

Schwerbehindertenausweis (% , Merkmale): _____

Krankenkasse: _____ (freiwillige Angabe)

Geschwister (Anzahl/Geburtsdatum/gesund): _____ (freiwillige Angabe)

Geburt/Schwangerschaft (Probleme): _____ (freiwillige Angabe)

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

2. Vorsitz:
Annika Braun
Maria-Luikostr. 19
80636 München

Geschäftsführerin:
Romy Heydorn
Kassenwartin:
Regina Müller