



Zentrum für Asthma- und Neurodermitisschulung e.V. - Netzwerk der Kinder- und Jugendärzte Rhein-Neckar

Voranmeldung für eine Asthma- Schulung

Kursdatum, falls schon bekannt: _____

Name, Vorname des Krankenkassenmitglieds

Name, Vorname des Kindes

geboren am

Straße

Telefonnummer (wichtig)

PLZ, Wohnort

Name Arzt/Ärztin

Emailadresse (falls vorhanden)

DMP- Teilnahme Ja Nein

Name + Ort der Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass sich eine Mitarbeiterin des Asthmazentrums telefonisch für weitere Informationen und die Terminvereinbarung mit uns in Verbindung setzt

Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bitte faxen an 01803-551 853 828