



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

### Voranmeldung für eine Neurodermitis - Schulung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Krankenkassenmitglieds geboren am

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes geboren am

\_\_\_\_\_  
Straße Telefonnummer (wichtig)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Name + Ort der Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass sich eine Mitarbeiterin des Neurodermitiszentrums 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.**