



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

Voranmeldung für eine Anaphylaxie- 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 Anaphylaxiezentrum
telefonisch für weitere Informationen und die Terminvereinbarung mit uns in Verbindung
setzt.

Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bitte per E-Mail an anmeldung@zans.de oder

per Fax an 0621 / 49 07 50-750