



## 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 per E-Mail an [anmeldung@zans.de](mailto:anmeldung@zans.de) oder**

**direkt an das jeweilige Schulungsteam**