

Absender (Kinderarztpraxis):

Datum:

An
AG Luftimax e.V.
Maria Müller
Brohltalstraße 132
56659 Burgbrohl
Tel. 0178 - 3377516
Fax 02636 - 941114

Warteliste zur Teilnahme an einer Asthmaschulung

Ich interessiere mich für die Teilnahme an einer Asthmaschulung und bin einverstanden, dass die folgenden Angaben an die Arbeitsgemeinschaft Luftimax e.V. übermittelt werden, zwecks Koordination der Asthmaschulungskurse. Ich bin einverstanden, dass sich Luftimax e.V. bezüglich einer Asthmaschulung mit mir in Verbindung setzt.

Name, Vorname: _____
(Eltern)

Name
des Kindes: _____

Geburtsdatum
des Kindes: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

E-mail-Adresse: _____

Fax-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Teilnahme am DMP-Asthma	ja	nein		
Schulung	dringend	mittelfristig	langfristig	empfohlen
<small>(aktuelle Situation d. Familie)</small>				

.....
Ort Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten