

Anmeldung

Bitte beachten Sie:

Nach Eingang dieser Anmeldung werden Sie für den gewünschten Kurs vorgemerkt, d.h. es handelt sich **nicht** um eine verbindliche Anmeldung. Bitte nehmen Sie vor dem Einsenden der Anmeldung telefonischen Kontakt mit uns auf (Tel. 05 41 5602-217), da einige Fragen im Zusammenhang mit der Kursteilnahme vorab geklärt werden müssen.

Hiermit melde ich unsere Familie zum stationären Luftiku(r)s in der Zeit vom _____ an.

Name, Vorname des asthmabetroffenen Kindes: _____

Geb. Datum: _____

Name, Vorname beider Elternteile: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ / _____

Name des Haus-/ Kinderarztes:

_____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Wir sind schon einmal in der allergologisch / pneumologischen Abteilung im Kinderhospital Osnabrück gewesen:

ja nein

Wenn ja, ambulant stationär

Falls kein Platz mehr frei ist:

Wir können kurzfristig einspringen, falls eine Familie absagt: ja nein

Wir möchten auf der Warteliste bleiben: ja nein

Welche Medikamente werden zurzeit von Ihrem Kind eingenommen?

Medikamentenname: _____ Dosierung: _____

Datum / Unterschrift:

Die Bestätigung / Absage des Termins erfolgt schriftlich.