



Datum:

An
AG Luftimax e.V.
Frau Elke Drewitz
Birkenweg 9
53125 Bonn
Fax: 0228/ 94772236

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 (aktuelle Situation d. Familie)	dringend	mittelfristig	langfristig	empfohlen

.....
Ort **Datum** **Unterschrift des Erziehungsberechtigten**