

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name	geb.am	
Kassen. Nr.	Versicherten.-Nr.	Status
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis	Datum



Anmeldung zur ambulanten Asthmaschulung

Hiermit möchten wir uns mit unserer o.g. Tochter / unserem o.g. Sohn zu einer ambulanten Asthmaschulung anmelden, und in die Warteliste aufgenommen werden.

Telefonnummer (mit Vorwahl): _____

e-Mail: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____

Unterschrift d. behandelnden Arztes _____ Praxis-Stempel _____

Diesen Anmeldebogen bitte weiterleiten, an die Kurskoordinatorin:

Ruth Dinter

Langenhagen 48

33617 Bielefeld

Tel. : 0521 40073892 Fax: 0521 557779265

mail: ruth.dinter@gmx.de