

FAX: 0231 – 86 10 50 50  
E-Mail: asbh@asbh.de



ASBH Selbsthilfe gGmbH  
Grafenhof 5  
44137 Dortmund

**Absender:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Klinik/Institution \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Diagnostisch - Therapeutischer Aufenthalt**  
**„Transition – Auf dem Weg in die Selbständigkeit“**  
**für Kinder und Jugendliche mit Spina bifida und Hydrocephalus**  
**(14 - 17 Jahren) und deren Eltern**  
**vom 17. - 22.11.2019**  
Kinder- und Jugendkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12  
30173 Hannover

## Anmeldung

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich an:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

Hydrocephalus

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

Spina bifida

Begleitperson:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

Anschrift:

(wenn abweichend von  
oben)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zuständige Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

(Angaben zur Krankenkasse bitte unbedingt ausfüllen!)

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum/-ort, Wohnort, Angabe zur Behinderung und zum Krankenversicherungsschutz, usw. von mir bzw. von meiner Tochter/ meinem Sohn und falls nötig, auch damit einverstanden, dass im Interesse der Behandlung bzw. zur Optimierung des Verlaufes die Daten für fachbezogene Experten zur Verfügung gestellt werden. Allen Personen, die Einblick in diese personenbezogenen Daten haben, ist bekannt, dass sie zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet sind. Mein Einverständnis zur Datenweitergabe/-verarbeitung ist freiwillig. Falls ich meine Mitwirkung versage, entstehen mir keine Nachteile. Ich kann mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift