

## Bewerbungsbogen für die Klimafahrt 2018

Bitte füllen Sie den Bewerbungsbogen aus und senden uns diesen an die Kontakt- und Beratungsstelle per Post, E-Mail oder Fax.

Beachten Sie bitte die Bewerbungsfrist für Ihren gewünschten Reiseterrn. Diese entnehmen Sie bitte dem Infoblatt.

**Anschrift:** Mukoviszidose Landesverband Berlin-Brandenburg e. V.  
Rykestr. 25, 10405 Berlin  
**Email:** anika.kiefel@muko-berlin-brandenburg.de  
**Fax:** 030 / 20 88 64 29

---

**Hiermit bewerbe ich mich für die Teilnahme an einer Klimafahrt.**

- Reiseterrn flexibel

Wunsch Reiseterrn: \_\_\_\_\_

Alternativ Reiseterrn: \_\_\_\_\_

---

***Wir versichern, dass alle Ihre Angaben nur zu diesem Zweck erfasst und vertraulich behandelt werden.***

Kontaktdaten Mukoviszidosepatient\*in (Erwachsene & Kinder):

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

*Begleitperson*

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bezug Mukoviszidosepatient\*in z. B. Eltern, Partner\*in: \_\_\_\_\_

**Bei Familien, bitte die Angaben für weitere Mitreisende mitteilen.**

**3. Person**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bezug zum/zur Mukoviszidosepatient\*in z. B. Eltern, Partner\*in: \_\_\_\_\_

**4. Person**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bezug zum/zur Mukoviszidosepatient\*in z. B. Eltern, Partner\*in: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie folgende Erklärung:**

- Für die notwendigen Medikamente und für Inhalationsgeräte sowie weitere Hilfsmittel trage ich selbst Sorge.
  - Ich verpflichte mich für selbst verursachte Schäden im Apartment zu haften und diese umgehend der Kontakt - und Beratungsstelle zu melden.
  - Sollte sich eine wesentliche Veränderung meines gesundheitlichen Zustandes ergeben, welche eine Teilnahme verhindert, verpflichte ich mich, unverzüglich den Mukoviszidose Landesverband Berlin-Brandenburg e. V. darüber zu informieren.
- 
- Meine Angaben sind korrekt
  - Ich habe die obenstehende Erklärung gelesen und bin damit einverstanden

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Ärztliche Bestätigung für die Teilnahme an den Klimafahrten 2018 des Mukoviszidose Landesverbandes Berlin-Brandenburg e. V.**

Weiter unten genannte Patient\*in bewirbt sich für die Klimafahrt an die Ostsee.

- Hiermit wird bestätigt, dass der/die Patient\*in an Mukoviszidose erkrankt ist.
- Die medizinische Notwendigkeit zur Durchführung einer Klimafahrt ist gegeben.

**Patientenname:**

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

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

**Behandelnder Mukoviszidose Arzt / behandelnde Mukoviszidose Ärztin**

CF-Ambulanz/Klinik: \_\_\_\_\_

behand. Arzt / Ärztin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift CF Ambulanz