



## Bewerbungsbogen für die Klimafahrt 2021

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

**Die Bewerbungsfrist für unsere Klimafahrten 2021 endet am 26.02.2021.**

**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 an die Ostsee.**

- Reiseternin flexibel
- Sommerferien (besonders berücksichtigt schulpflichtige Kinder & Jugendliche)
- Mitnahme Hunde (nur bei einigen Ferienwohnungen erlaubt)

Wunsch Reiseternin: \_\_\_\_\_

Alternativ Reiseternin: \_\_\_\_\_

### **Kontaktdaten Mukoviszidose-Patient\*in (Erwachsene & Kinder)**

*(Bei Kindern, bitte die Emailadresse & Telefonnummer vom Erziehungsberechtigten eintragen.)*

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### **Begleitperson**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Bezug zu Mukoviszidose-Patient\*in, bspw. Eltern, Partner\*in, ...: \_\_\_\_\_

**Bei Familien, bitte folgende Angaben für weitere Mitreisende mitteilen:**

**3. Person**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Bezug zu Mukoviszidose-Patient\*in, bspw. Eltern, Partner\*in, ....: \_\_\_\_\_

**4. Person**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Bezug zu Mukoviszidose-Patient\*in, bspw. Eltern, Partner\*in, ....: \_\_\_\_\_

**Sollte für eine Mitreisende Person ein Schwerbehindertenausweis vorliegen, bitte teilen Sie uns dies für die Anmeldung der Kurtaxe mit.**

**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, zeitnah den Mukoviszidose Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. darüber zu informieren.
- Ich habe die obenstehende Erklärung gelesen und bin damit einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten ausschließlich zweckgebunden für die Bearbeitung meines Anliegens – Bewerbung Klimafahrt – gespeichert, genutzt und verarbeitet werden.

Auskunft zu meinen Daten kann ich jederzeit anfordern per E-Mail an [kontakt@muko-berlin-brandenburg.de](mailto:kontakt@muko-berlin-brandenburg.de) oder unter <http://muko-berlin-brandenburg.de/kontakt/>. Sollten Sie weitere Fragen haben, erreichen Sie uns ebenfalls telefonisch oder per Fax.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

CF Patient /

Erziehungsberechtigte/r

**Ärztliche Bestätigung für die Teilnahme an den Klimafahrten 2021**  
**des Mukoviszidose Landesverbandes Berlin-Brandenburg e.V.**

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

**Patient:**

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

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

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

Hiermit wird bestätigt, dass der/die Patient\*in an Mukoviszidose erkrankt ist.

**Behandelnder Mukoviszidose Arzt / behandelnde Mukoviszidose Ärztin**

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

behandelnde(r) Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift CF Ambulanz