



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 Ferienwohnungen 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 (bevorzugt schulpflichtige Kinder & Jugendliche)
- Mitnahme eines Hundes (nur bei einigen Ferienwohnungen erlaubt)

Wunsch Reiseternin: _____

Alternativ Reiseternin: _____

Kontaktdaten Mukoviszidose-Patient*in (Erwachsene & Kinder)

(Bei Kindern, bitte die Email Adresse & 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 zum/zur Mukoviszidose-Patient*in, bspw. Eltern, Partner*in, ...: _____

4. Person

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Bezug zum/zur 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 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