



## Bewerbungsbogen für die Klimafahrten 2023

Für unsere Klimafahrten können sich alle Mukoviszidose Betroffenen / Familien aus Berlin und Brandenburg bewerben. Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular per Post, per E-Mail oder per Fax.

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

**Die Bewerbungsfrist für unsere Klimafahrten 2023 endet am 21. Januar 2023.**

---

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

- Reiseternin flexibel (alle Termine)
- Reiseternin flexibel außerhalb der Sommerferien
- Reiseternin flexibel innerhalb der Sommerferien
- Mitnahme Hunde (nur bei einigen Ferienwohnungen erlaubt)

Wunsch Reiseternin/e: \_\_\_\_\_

Alternativ Reiseternin/e: \_\_\_\_\_

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

*(Bei Kindern bitte die E-Mmailadresse & Telefonnummer vom Erziehungsberechtigten eintragen.)*

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

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

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

### **Begleitperson**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Bezug zu Mukoviszidose-Patient\*in (Eltern, Partner\*in): \_\_\_\_\_

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

**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 bei Teilnehmern ein Schwerbehindertenausweis vorliegen, teilen Sie uns dies für die Kurtaxe mit.**

**Bitte kreuzen Sie folgende Punkte an, wenn Sie mit der Erklärung einverstanden sind:**

- 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 per E-Mail [kontakt@muko-berlin-brandenburg.de](mailto:kontakt@muko-berlin-brandenburg.de) oder unter <http://muko-berlin-brandenburg.de/kontakt/> anfordern. Sollten Sie weitere Fragen haben, erreichen Sie uns ebenfalls telefonisch.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Mukoviszidose Betroffene/r oder Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
*Die Klimafahrten werden durch Spenden und Fördermittel finanziert.*  
\_\_\_\_\_

**Ärztliche Bestätigung**  
**für die Teilnahme an den Klimafahrten 2023**  
**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**