



## Bewerbungsbogen Klimafahrten 2027

Für unsere Klimafahrten können sich alle Mukoviszidose-Betroffenen / Familien aus Berlin und Brandenburg bei uns 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 endet am 12. Januar 2027.**

**Hiermit bewerbe ich mich, für die Teilnahme an einer Klimafahrt an die Ostsee.**  
Folgende Reisezeiten sind für mich/uns interessant.

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

Wunsch-Reisetermin/e: \_\_\_\_\_

Alternativ-Reisetermin/e: \_\_\_\_\_

### **Kontaktdaten des Mukoviszidose-Betroffenen (Erwachsene & Kinder)**

*Bei CF-Kindern - die E-Mailadresse & Telefonnummer von einem Erziehungsberechtigten eintragen.*

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

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

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

### **Begleitperson**

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

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

**3. Person**

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

**4. Person**

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

Bei weiteren Personen den Namen sowie zusätzlich bei Kindern das Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

**Sollte bei Teilnehmenden ein Schwerbehindertenausweis vorliegen, teilen Sie uns dies für die Erstellung der Kurkarten bei Zimmervermittlung mit.**

**Mit folgenden Punkten bin ich / sind wir einverstanden.**

- 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 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 Bescheinigung für die Teilnahme an den Klimafahrten 2027

**Patientdaten:**

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

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

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

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

.....

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

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

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

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