



Praxis für Kinderpneumologie und Allergologie

Voranmeldung für eine Asthma- Schulung

Kursdatum, falls schon bekannt: _____

Name, Vorname des Krankenkassenmitglieds

Name, Vorname des Kindes

geboren am

Straße

Telefonnummer (wichtig)

PLZ, Wohnort

Name Arzt/Ärztin

Emailadresse (falls vorhanden)

DMP- Teilnahme Ja Nein

Name + Ort der Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass sich eine Mitarbeiterin des Asthmazentrums telefonisch für weitere Informationen und die Terminvereinbarung mit uns in Verbindung setzt

Datum

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters

Bitte per E-Mail an:

praxis@kinderlunge.de

oder per Post an:

Praxis für Kinderpneumologie und Allergologie, Facharztzentrum, Collinstraße 11, 68161 Mannheim