

Bitte **umgehend** zurücksenden!

ASBH e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Grafenhof 5
44137 Dortmund



Absender:

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
Ort: _____
Tel.: _____
E-Mail: _____

Diagnostisch-Therapeutischer Aufenthalt – Einführungsseminar

für Kinder mit Spina bifida und Hydrocephalus von 0 - 4 Jahren und deren Eltern
vom 23. - 28.09.2012

im Altonaer Kinderkrankenhaus, Hamburg-Altona

Verbindliche Anmeldung

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich an:

Name

Vorname

Hydrocephalus

Geb.-Datum

Spina bifida

Begleitperson:

Name

Vorname

Anschrift:
(wenn abweichend von
oben)

Zuständige Krankenkasse:

Anschrift:

Ansprechpartner:

Tel.:

Fax:

(Angaben zur Krankenkasse bitte unbedingt ausfüllen!)

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift