

An  
AG Luftimax e.V.  
Gudrun Scheiermann  
Nachtigallenweg 25  
53115 Bonn  
Fax: 0228-85427729

**Warteliste zur Teilnahme an einer Asthmaschulung**

Ich interessiere mich für die Teilnahme an einer Asthmaschulung und bin einverstanden, dass die folgenden Angaben an die Arbeitsgemeinschaft Luftimax e.V. übermittelt werden, zwecks Koordination der Asthmaschulungskurse. Ich bin einverstanden, dass sich Luftimax e.V. bezüglich einer Asthmaschulung mit mir in Verbindung setzt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(Eltern)

Name  
des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum  
des Kindes: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Teilnahme am DMP-Asthma	ja	nein		
Schulung	dringend	mittelfristig	langfristig	empfohlen
<small>( aktuelle Situation d. Familie )</small>				

.....  
Ort Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten