SCHULZE
THERAPIEN MACHEN SCHULE

Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich / mein Kind:

Name: _____

Anschrift: _____

Versicherung: _____ Vers.Nr.: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

verbindlich zur ambulanten Anaphylaxie-Schulung an.

- ☐ Eltern-Schulung (0-7 Jahre)
- ☐ Eltern / Kind-Schulung (8-12 Jahre)
- ☐ Jugendlichen-Schulung (13-17 Jahre)
- ☐ Erwachsenen-Schulung (>18 Jahre)

die Kursnummer ist: _____

Der Patient ist:

Name: _____ geb.: _____

wohnhaft: _____ Vers.Nr.: _____

_____ _____

Datum: Unterschrift:

- Bitte schicken Sie dieses Formular an das Schulungszentrum Schulze zurück

Ärztliche Leitung:
Stephan B. Kollmann (FA f. Kinder – und Jugendmedizin)
Duisburger Landstraße 39 – 40489 Düsseldorf

Kontakt und Organisation:
Marion Brockerhoff – Roßpfad 42 - 40489 Düsseldorf
T 0211 – 16 54 259 F 0211 – 16 54 261

www.schulungszentrum-schulze.de info@schulungszentrum-schulze.de