

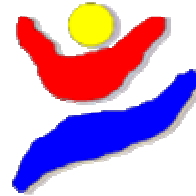
Verbindliche Anmeldung

zum 14. Patienten- und Familientreffen Kraniopharyngeom

vom 16. September - 18. September 2011 im Haus Düsse – Bad Sassendorf (Ostinghausen)

Bitte sendet die Anmeldung bis zum 19.08.2011 via Telefax: 0228-68846-44
oder per Post an die Adresse:

Deutsche Kinderkrebsstiftung
Kraniopharyngeom-Patienten- und Familientreffen
Adenauerallee 134
53113 Bonn



Bitte bei Antwort den Familiennamen hier angeben: _____

Liebe Patienten, liebe Familien,

wir freuen uns auf Eure Teilnahme an unserem nächsten Treffen. Um besser planen zu können, bitten wir um folgende Angaben:

1. **Wir nehmen teil, am**
- Fr. den 16.09.2011 mit _____ Personen,
 Sa. den 17.09.2011 mit _____ Personen,
 So. den 18.09.2011 mit _____ Personen.
2. **Art des Essens?**
- vegetarisch mit _____ Personen
 normal mit _____ Personen
3. **Wann essen wir zusammen?**
- Freitag – Abendessen: ja nein (5,00 €)
Samstag – Mittagessen: ja nein (8,00 €)
Samstag – Abendessen: ja nein (kostenlos)
4. **Ist Kinderbetreuung gewünscht?**
- am Samstag: ja Anz.Kinder ____ Alter: _____ nein
am Sonntag: ja Anz.Kinder ____ Alter: _____ nein
5. **Übernachtung im Haus Düsse:**
- Freitag auf Samstag:** ja: ____ Anz. EZ, ____ Anz. DZ (mit ____ Pers.) nein
Samstag auf Sonntag: ja: ____ Anz. EZ, ____ Anz. DZ (mit ____ Pers.) nein

In einigen größeren DZ (vorwiegend die mit Dusche und WC auf der Etage) können zusätzlich Kinder auf mitgebrachten Matratzen oder Kinderbetten untergebracht werden.

Aufgrund **körperlicher Einschränkungen** benötige ich/ benötigen wir ein Zimmer im Erdgeschoss

EZ = Einzelzimmer (35 € mit Du/WC incl. Frühstück)

DZ = Doppelzimmer (60 € mit Du/WC incl. Frühstück)

EZ = Einzelzimmer (21 € mit Du/WC auf dem Flur incl. Frühstück) *begrenzt vorhanden*

DZ = Doppelzimmer (36 € mit Du/WC auf dem Flur incl. Frühstück) *begrenzt vorhanden*

bitte wenden ➡

6. Bitte gebt an, an welchen Gesprächsrunden/Workshops Ihr am Samstag den 18.09.2011 teilnehmen möchtet:

- | | | | |
|--|----------|-----------------------------|-------------|
| Sportprogramm | für alle | 15:30 – 16:00 Uhr: | _____ Pers. |
| a) Gesprächsrunde für Betroffene
Dipl.-Psych. Andreas Wiener | | Workshop 16:00 – 17:30 Uhr: | _____ Pers. |
| b) Gesprächsrunde für Eltern
Peter Schmuck | | Workshop 16:00 – 17:30 Uhr: | _____ Pers. |
| c) Gesprächsrunde für Geschwister und Partner
Sabine Deschka | | Workshop 16:00 – 17:30 Uhr: | _____ Pers. |
| d) Besichtigung des Hofes & der Stallungen
N.N. | | Workshop 16:00 – 17:30 Uhr: | _____ Pers. |

7. Daten für die Anmeldung:

Namen der Teilnehmer(innen): _____ **Alter** (bei Kindern) _____

Betroffene(r) _____

Eltern _____

Partner/Freund(in) _____

Geschwister _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-mail (für die Anmeldebestätigung): _____

Anregungen: _____

Mitzubringendes: **gute Laune, Tischtennisschläger, Tisch-, Karten-, Brett- oder Gesellschaftsspiele, Malutensilien, Basketball, Fußball, falls vorhanden...**

8. Hiermit stimme ich zu, dass die etwaig auf dem Gruppentreffen gefertigten Fotos von mir in Berichten über das Treffen z.B. auf www.kinderkrebsstiftung.de oder www.kraniopharyngeom.de bzw. in der Zeitschrift „Wir“ der Deutschen Kinderkrebsstiftung veröffentlicht werden dürfen. Sollte ich damit nicht einverstanden sein, muss ich dies ausdrücklich schriftlich gegenüber der Deutschen Kinderkrebsstiftung anzeigen.

Ort, Datum..... Unterschrift.....

Vielen Dank!

Hinweis: Falls im Einzelfall (z.B. Hartz-IV-Empfänger, Studierende) eine Teilnahme an den Kosten für Unterkunft oder Anfahrt scheitern würde, gibt es die Möglichkeit, dass die Kraniopharyngeomgruppe die Kosten übernimmt – bitte dort nachfragen! Tel. 0228-68846-16 Sabine Sharma (bei der Deutschen Kinderkrebsstiftung zuständig für die Verwaltung der Kraniopharyngeomgruppe)