

# Anmeldebogen bitte zurücksenden bis spätestens 30. September 2017

per Post ♦ per Fax 03632/829161 ♦ per email: verein.kehlkopfop.hellmund@googlemail.com

Den Anmeldebogen bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Landesverband der Kehlkopferierten Freistaat  
Thüringen e.V.  
Frankenhäuserstraße 10  
1. Vorsitzender  
Herbert Hellmund  
99706 Sondershausen

## Anmeldung Intensiv-Stimm- Seminar 29. Oktober bis 04. November 2017 in Bad Kösen

Zur Person	
Name / Vorname:	.....
Geburtsdatum:	.....
Straße:	.....
PLZ / Ort:	.....
Telefon / Telefax:	.....
E-Mail:	.....

**Bestrahlung:** wann: Anzahl:

**Chemotherapie:** wann: Anzahl:

**Andere Therapien:** wann: welche:

**Bei welcher Krankenkasse versichert ? / Anschrift !**

Zur Krankheit	
Datum der <b>Kehlkopfentfernung:</b>	.....
Name und Ort der Klinik:	.....
Wie verständigen Sie sich zur Zeit?	<input type="checkbox"/> Schreiben <input type="checkbox"/> Flüstern <input type="checkbox"/> Shunt-Ventil <input type="checkbox"/> Ruktus <input type="checkbox"/> Sprechhilfe
Wie schätzen Sie Ihre Verständlichkeit ein?	<input type="checkbox"/> 1 (sehr gut) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 (sehr schlecht)
Wie gut können Sie sich in alltäglichen Situationen verständigen?	<input type="checkbox"/> 1 (sehr gut) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 (sehr schlecht)
Schwerpunkt im Seminar sollte sein	<input type="checkbox"/> Shunt-Ventil <input type="checkbox"/> Ruktus <input type="checkbox"/> Sprechhilfe <input type="checkbox"/> .....

# Anmeldebogen bitte zurücksenden bis spätestens 30. September 2017

per Post ♦ per Fax 03632/829161 ♦ per email: verein.kehlkopfop.hellmund@googlemail.com

## Zum Seminar

Ich nehme teil	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung (bitte Namen angeben) ↓
Haben Sie schon einmal an einem solchen Seminar teilgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	Wann und wo: ..... .....
Sind Sie Mitglied im Verband?	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	Wo: ..... .....
Aktueller Anlaß der Teilnahme an diesem Seminar (z.B. neuoperiert, Komplikationen etc.)?	..... .....	
Haben Sie weitere Schwierigkeiten oder Einschränkungen der Verständigung, des Schluckens, des Gehens?	..... .....	
Welches Thema sollte während des Seminars besonders angesprochen werden?	..... .....	
Was wollen Sie erreichen bzw. verbessern?	..... .....	
Wer war bzw. ist Ihr behandelnder Logopäde?	.....	

## Kosten

- Die Kosten für betroffene Mitglieder trägt der Landesverband Freistaat Thüringen e. V.
- Betroffene, die **nicht Mitglied** im Verband sind, zahlen einen Beitrag von **200,00 €**.
- **Begleitpersonen** zahlen einen Beitrag von **200,00 €**.
- Bei Vorlage des **Merkzeichens „B“** ist die **Begleitperson kostenfrei**.

**Die Teilnahme an dem Intensiv-Stimm-Seminar ist erst dann sicher, wenn Sie eine entsprechende Bestätigung und Einladung erhalten haben. Die zu zahlenden Beiträge sind dann bitte vor Beginn des Seminars zu überweisen.**

Kontoinhaber:	<b>Landesverband der Kehlkopfoperierten Freistaat Thüringen e.V.</b>
Geldinstitut / Bank:	<b>Bank: VR Bank Weimar</b>
Konto-Nummer:	<b>IBAN: DE12820641880000600059</b>
Bankleitzahl (BLZ):	<b>BIC: GENODEF1WE1</b>
Verwendungszweck:	<b>Beitrag Intensiv-Stimm-Seminar 07.-13.11.2015 in Bad Kösen</b>

Ort / Datum

Unterschrift