

Anmeldung zum

22. PH-PATIENTENTREFFEN

MIT ANGEHÖRIGEN VOM 25.-27. OKT 2019 IN FRANKFURT/MAIN

Die Anmeldung wird **erst verbindlich**, wenn der Teilnehmerbeitrag **auf dem Vereinskonto eingegangen ist**.

Der Eingang wird **schriftlich bestätigt**.

Die Zimmervergabe erfolgt **in Reihenfolge des Anmeldungseingangs**. Ist das Kontingent beim Landessportbund erschöpft, kann nur eine Teilnahme als Tagesgast gebucht werden. Die **Essensmarken erhalten Sie mit den anderen Tagungsunterlagen vor Ort**.

Am 22. PH-Patiententreffen mit Angehörigen vom **25. bis 27. Oktober 2019** in Frankfurt/Main nehme/n ich/wir teil:

als **Arzt/Schwester/Pfleger der Klinik**

als **Patient mit Angehörigen**

Sonstige _____

Vor-/Zuname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____

Telefon _____

Mitglied im ph e.v.? ja nein

Ich besuche zum 1. Mal das PH-Patiententreffen in Frankfurt ja nein

E-Mail _____

Kinder: Vor-/Zuname _____

Vor-/Zuname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Bundesland _____

Telefon _____

Mitglied im ph e.v.? ja nein

Ich besuche zum 1. Mal das PH-Patiententreffen in Frankfurt ja nein

E-Mail _____

Alter: _____

Diese 4 Seiten ausgefüllt bis spätestens **20. September 2019 (mit Sauerstoff bis 13. September 2019)** zurücksenden, mailen oder faxen an:

pulmonale hypertonie e.v.
Rheinaustr. 94, 76287 Rheinstetten
Fax: 07242 9534 142
E-Mail: info@phev.de

Bestätigung erfolgt nach Anmeldeschluss

**Zimmer:**

Ich/wir buche/n folgende Zimmer:

Bitte berechnen Sie den **Zuschlag** für Nichtmitglieder und tragen ihn ein.

| Zimmer | Preis pro Zimmer und Nacht (inkl. Mahlzeiten) | Zuschlag für Essen bei Nichtmitgliedern 16,50 Euro pro Person u. Tag | Anzahl Zimmer | von Freitag bis Sonntag 2 Nächte | von Freitag bis Samstag 1 Nacht | von Samstag bis Sonntag 1 Nacht |
|--|---|---|---------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 3-Bett-Zimmer | 115,50 Euro | | | | | |
| 2-Bett-Zimmer | 87,00 Euro | | | | | |
| 1-Bett-Zimmer | 53,50 Euro | | | | | |
| Seminargebühr pauschal pro Nichtmitglied ab 18 Jahre | | Für Nichtmitglieder: 25,00 Euro | | | | |

Von Ihnen überwiesener Betrag in Euro: _____

Nachfolgendes gilt nur für Tagesgäste:

Ich/wir nehme/n als Tagesgast/Tagesgäste mit Verpflegung teil:

ja nein

Preise:

Mittagessen pro Person und Tag: 9,00 Euro

Abendessen pro Person und Tag: 7,50 Euro

Seminargebühr für Nichtmitglieder ab 18 Jahre: 25,00 Euro

Freitag, 25.10.2019

Abendessen Personen

Samstag, 26.10.2019

Mittagessen Personen

Abendessen Personen

Sonntag, 27.10.2019

Mittagessen Personen

Bitte Personenanzahl eintragen.

Von Ihnen überwiesener Betrag in Euro: _____

Datenschutzerklärung

Mit Ihrer verbindlichen Veranstaltungsanmeldung willigen Sie in die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung der Veranstaltung und zur Veröffentlichung Ihres Namens, Vornamens, Titels und Ihres Unternehmens ein. Wir informieren Sie nach Art. 13 der EU Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) gerne und ausführlich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (nachfolgend nur noch „Daten“ genannt). Durch die EU-DSGVO sind uns einige sinnvolle Pflichten auferlegt, um den Schutz Ihrer Daten bei der Verarbeitung sicherzustellen. Nachfolgend erläutern wir, welche Daten wir von Ihnen zu welchen Zwecken verarbeiten und welche Rechte Sie diesbezüglich haben.

Zwecke der Verarbeitung

Wir verarbeiten Ihre Daten nach Artikel 6 Abs. 1 lit. a) der EU-DSGVO auf Basis Ihrer Einwilligung durch die verbindliche Anmeldung zur Veranstaltung: Erstellung der Teilnehmerliste und Namensschilder (Name, Vorname, Titel, Name des Unternehmens/der Institution, Bundesland)

Ggf. Erstellung von Teilnahmebescheinigungen (Name, Vorname, Adresse, Unternehmen)

Dauer der Verarbeitung

Wir verarbeiten Ihre Daten nur so lange, wie es zur Planung und abschließenden Durchführung der Veranstaltung oder aufgrund geltender Rechtsvorschriften wie z.B. der Aufbewahrungspflicht von Rechnungsunterlagen erforderlich ist. Sollten Sie die Löschung Ihrer Daten wünschen, werden wir Ihre Daten unverzüglich löschen, soweit nicht rechtliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Ihre Rechte als betroffene Person

Nach der EU-DSGVO haben Sie das Recht auf:

Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten

Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten

Einschränkung der Verarbeitung (nur noch Speicherung möglich)

Widerspruch gegen die Verarbeitung

Datenübertragbarkeit

Widerruf Ihrer gegebenen Einwilligung mit Wirkung auf die Zukunft

Beschwerde bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstraße 98, 24103 Kiel.

Wir weisen darauf hin, dass bei dieser Veranstaltung möglicherweise Fotos von Ihnen gemacht werden, die später in verschiedenen Medien (Rundbrief, Webseite, Facebook, Twitter) durch den pulmonale Hypertonie e.v. veröffentlicht werden könnten. Berichterstattungen über diese Veranstaltung müssen die vollständige Postadresse, Telefonnummer und E-Mailadresse des Bundesverbands pulmonale Hypertonie e.v. enthalten. Mit Ihrer Unterschrift melden Sie sich verbindlich an und akzeptieren die Festlegungen.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das Konto des pulmonale Hypertonie e.v.

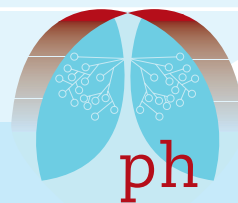
Spar- und Kreditbank Rheinstetten eG
IBAN: DE09 6606 1407 0008 0245 96

Kennwort: Patiententreffen Frankfurt

Für Überweisungen aus dem EU-Ausland:
BIC: GENODE61RH2

Ort, Datum

Unterschrift jedes Teilnehmers



Anmeldung

FÜR DIE WORKSHOPS

ANMELDUNG BITTE SPÄTESTENS FREITAG, 20. SEPTEMBER 2019

Da die Workshops teilweise Teilnehmer-begrenzt sind, wird die Teilnahme nach Anmeldungseingang eingebucht. Sie haben die Möglichkeit, eine zweite und dritte Wahl zu treffen.

Die Workshops finden **im Block** jeweils **zeitgleich** statt!

Ich/wir melde/n mich/uns für folgende Workshops an: Bitte bei mehreren Teilnehmern den Vornamen des Teilnehmers im Kasten gut lesbar eintragen.

Samstag 26. Oktober – 14.30 Uhr

| 1. Wahl | 2. Wahl | 3. Wahl | Workshop | Workshoptitel |
|---------|---------|---------|----------|--|
| | | | WS1 | Antrag und Fragen zu Pflegegraden |
| | | | WS2 | Mentales Training als Hilfe zur Selbsteinschätzung |
| | | | WS3 | PAH und Schwangerschaft |
| | | | WS4 | Sauerstoff: Medizinische Voraussetzung zur Verordnung und korrekte Umsetzung durch den Patienten |
| | | | WS5 | Vorsorgevollmacht |
| | | | WS6 | Fliegen bei PH |
| | | | WS7 | Umgang mit Prostazyklinen inhalativ, subkutan, iv. |

Samstag 26. Oktober – 16.30 Uhr

| | | | | |
|--|--|--|------|--|
| | | | WS8 | Ballonangioplastie |
| | | | WS9 | Patientenverfügung |
| | | | WS10 | Reflektorische Atemtherapie |
| | | | WS11 | Impfprophylaxe |
| | | | WS12 | Feldenkrais-Qigong |
| | | | WS13 | Antrag zu Pflegestufen |
| | | | WS14 | Selbstwahrnehmung und Gesundheitskompetenz |

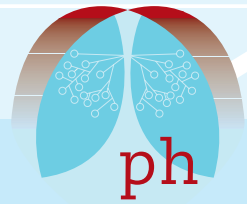
Sonntag 27. Oktober – 10.30 Uhr

| | | | | |
|--|--|--|------|--|
| | | | WS15 | Organspende - Widerspruchs- oder Entscheidungslösung |
| | | | WS16 | von Patient zu Patient: Sexualität und Partnerschaft |
| | | | WS17 | Aktuelle Studien |

Vor-/Zuname

Ort, Datum

Unterschrift



Abfrage

SAUERSTOFFVERSORGUNG

PATIENTENTREFFEN IN FRANKFURT 2019

ANMELDUNG BIS SPÄTESTENS 13. SEPTEMBER 2019

Lfd. NR. (wird vom ph e.v. eingetragen)

Sauerstoffversorgung für:

Vor-/Zuname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort, Bundesland

Telefon

Ich bin angemeldet für:

- Freitag, 25.10.2019
 Samstag, 26.10.2019
 Sonntag, 27.10.2019

Ich benötige Sauerstoff am:

- Freitag, 25.10.2019
 Samstag, 26.10.2019
 Sonntag, 27.10.2019

Therapie laut ärztlicher Verordnung !

Therapeutischer Flow

Ich benötige: _____ Liter/Minute

Befeuchtung: ja nein

Applikationsdauer

für _____ Stunden Tag und oder Nacht

LOX = Flüssigsauerstoff, mein Versorger ist die Firma: _____

Sparsystem: ja nein

Ich reise mit folgendem Mobilteil an und ab: Typ / Bezeichnung: _____

KOX = Konzentrator, mein Versorger ist die Firma: _____

Sparsystem: ja nein

Ich reise mit folgender Versorgung an und ab: _____

Bitte bringen Sie Ihre benötigten Verlängerungen mit.

Ein Anspruch auf eine spezielle Versorgungsform LOX/ KOX besteht nicht!

Ort, Datum

Unterschrift