

Anmeldung zum

20. PH-PATIENTENTREFFEN

MIT ANGEHÖRIGEN VOM 20.-22. OKT 2017 IN FRANKFURT/MAIN

Am 20. PH-Patiententreffen mit Angehörigen vom **20. bis 22. Oktober 2017** in Frankfurt/Main nehme/n ich/wir teil:

- als Arzt/Schwester/Pfleger der Klinik
- als Patient mit Angehörigen
- Sonstige

Diese Seiten ausgefüllt bis spätestens **23. September 2017** zurücksenden per Post, eingescannt per Mail oder faxen an:

pulmonale hypertonie e.v.
 Rheinaustr. 94
 76287 Rheinstetten
 Fax: 07242 9534 142 | info@phev.de

Bestätigung erfolgt nach Anmeldeschluss

Vor-/Zuname

Vor-/Zuname

Straße, Hausnr.

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort, Bundesland

PLZ, Ort, Bundesland

Telefon

Telefon

Mitglied im ph e.v.? ja nein

Mitglied im ph e.v.? ja nein

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

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

E-Mail

E-Mail

Kinder: Vor-/Zuname

Alter:



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	106,50 Euro					
2-Bett-Zimmer	81,00 Euro					
1-Bett-Zimmer	50,50 Euro					
Seminargebühr pauschal pro Nichtmitglied ab 18 Jahre		Für Nichtmitglieder: 25,00 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, 20.10.2017

Nicht verfügbar	
-----------------	--

Mittagessen Abendessen

Samstag, 21.10.2017

--	--

Mittagessen Abendessen

Sonntag, 22.10.2017

	Nicht verfügbar
--	-----------------

Mittagessen Abendessen

Bitte Personenanzahl in die weißen Felder eintragen.

Von Ihnen überwiesener Betrag in Euro: _____

**Wir weisen darauf hin, dass bei dieser Veranstaltung möglicherweise Fotos von Ihnen gemacht werden, die später in verschiedenen Medien veröffentlicht werden könnten.
Bitte bestätigen Sie uns Ihre Zustimmung mit Ihrer Unterschrift.**

Ort, Datum

Unterschrift jedes Teilnehmers

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

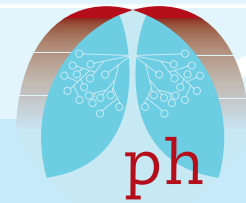
Kennwort: Patiententreffen Frankfurt

Für Überweisungen aus dem EU-Ausland:
BIC: GENODE61RH2

Diese Seiten ausgefüllt bis spätestens **23. September 2017** zurücksenden per Post, eingescannt per Mail oder faxen an:

pulmonale hypertonie e.v.
Rheinaustr. 94
76287 Rheinstetten
Fax: 07242 9534 142 | info@phev.de

Bestätigung erfolgt nach Anmeldeschluss



Anmeldung

FÜR DIE WORKSHOPS

ANMELDUNG BITTE SPÄTESTENS FREITAG, 23. SEPTEMBER 2017

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**. Wenn das Kontingent im Landessportbund Hessen erschöpft ist, erfolgt die Unterbringung im **nahe gelegenen Hotel auf eigene Rechnung des Teilnehmers**. Die **Essensmarken erhalten Sie mit den anderen Tagungsunterlagen vor Ort**.

Da die Workshops teilweise teilnehmerbegrenzt 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 Vornamen des Teilnehmers im Kasten gut lesbar eintragen.

Samstag 21. Oktober – 15.00 Uhr

1. Wahl	2. Wahl	3. Wahl	Workshop	Workshoptitel
			WS1	Partnerschaft, Sexualität und Lebensplanung ab 14.00 Uhr!
			WS2	Mentales Training
			WS3	Vitamine und ihr Einfluss auf PH
			WS4	PH – Einfluss auf Familie und Partnerschaft
			WS5	Feldenkrais
			WS6	Arbeitnehmer mit PH

Samstag 21. Oktober – 17.00 Uhr

1. Wahl	2. Wahl	3. Wahl	Workshop	Workshoptitel
			WS7	Erwerbsminderungsrente
			WS8	Fragen zur Sauerstoffversorgung
			WS9	Beantragung eines Schwerbehindertenausweises
			WS10	Tai-Chi – Qi Gong
			WS11	Empfehlung bei (Flug-)Reisen
			WS12	Heilsames Singen

Sonntag 30. Oktober – 11.00 Uhr

			WS13	Progressive Muskelentspannung und Autogenes Training
			WS14	PH und Sklerodermie
			WS15	Meditativer Tanz

Vor-/Zuname

Ort, Datum

Unterschrift



Abfrage

SAUERSTOFFVERSORGUNG

PATIENTENTREFFEN IN FRANKFURT 2017

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

Sauerstoffversorgung für:

Vor-/Zuname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort, Bundesland

Telefon

Ich bin angemeldet für:

- Freitag, 20.10.2017
 Samstag, 21.10.2017
 Sonntag, 22.10.2017

Ich benötige Sauerstoff am:

- Freitag, 20.10.2017
 Samstag, 21.10.2017
 Sonntag, 22.10.2017

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

Bei Fragen und Klärungen bitte anrufen: Tel.: 040-63604318, Herr Koch, ph e.v.-Landesverband Hamburg