

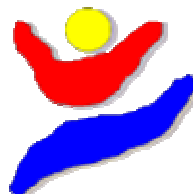
Verbindliche Anmeldung

zum 16. Patienten- und Familientreffen Kraniopharyngeom

vom 13. bis 15. September 2013 in Haus Düsse, Bad Sassendorf (Ostinghausen)

Bitte die Anmeldung bis zum 12.08.2013 via Telefax: 0228-68846-44 oder per Post senden an:

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 Ihre/ Eure Teilnahme an unserem nächsten Treffen. Um besser planen zu können, bitten wir um folgende Angaben:

1. **Wir nehmen teil, am**
- Fr. den 13.09.2013 mit _____ Personen
- Sa. den 14.09.2013 mit _____ Personen
- So. den 15.09.2013 mit _____ Personen
2. **Art des Essens?**
- vegetarisch mit _____ Personen
- normal mit _____ Personen
3. **Wann essen wir zusammen?**
- Freitag – Abendessen: ja nein (6,00 €)
- Samstag – Mittagessen: ja nein (9,00 €)
- Samstag – Abendessen: ja nein (zahlt DKS)
4. **Ist Kinderbetreuung gewünscht?** am Samstag: ja, Anz. Kinder __, Alter: _____ nein
- am Sonntag: ja, Anz. Kinder __, Alter: _____ nein
5. **Übernachtungen in Haus Düsse:** Ich buche für
- Freitag auf Samstag _____ Einzelzimmer ohne Dusche/WC (21 €) mit Dusche/WC (35 €)
- _____ Doppelzimmer ohne Dusche/WC (36 €) mit Dusche/WC (60 €)
- Samstag auf Sonntag _____ Einzelzimmer ohne Dusche/WC (21 €) mit Dusche/WC (35 €)
- _____ Doppelzimmer ohne Dusche/WC (36 €) mit Dusche/WC (60 €)

Die Preise gelten für ein Zimmer mit Frühstück bei 2 Übernachtungen (Preis pro Nacht).
Bei nur einer Übernachtung erhöht sich der Preis um 5 €, Doppelzimmer um 10 €.
Alle Zimmer ohne Dusche/WC im Zimmer haben Möglichkeiten auf dem Flur.

Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigen wir ein Zimmer im Erdgeschoss

Zimmer und Essen bitte bei der Ankunft in Haus Düsse (Haupthaus) bezahlen. Hier erhalten Sie die Schlüssel und die Essensbons. Es ist nicht möglich, ohne zu essen am Treffen teilzunehmen.

6. Bitte geben Sie/gebts an, an welchen Gesprächsrunden Sie/Ihr teilnehmen möchten/t:

- | | |
|---|--|
| a) Gesprächsrunde für Betroffene | Samstag 15:45 – 17:15 Uhr: _____ Pers. |
| b) Gesprächsrunde für Eltern | Samstag 15:45 – 17:15 Uhr: _____ Pers. |
| c) Gesprächsrunde für Geschwister und Partner | Samstag 15:45 – 17:15 Uhr: _____ Pers. |
| d) Besichtigung des Hofes & der Stallungen | Samstag 15:45 – 17:15 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: _____

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

8. Hiermit stimme ich zu, dass die auf dem Gruppentreffen gefertigten Fotos von mir/uns auf der Homepage der Kraniopharyngeom-Gruppe bzw. in den Medien der Deutschen Kinderkrebsstiftung (z.B. Zeitschrift „Wir“) ohne Nennung meines/unserer Namen/s veröffentlicht werden dürfen. Sollte ich damit nicht einverstanden sein, muss ich dies ausdrücklich schriftlich gegenüber der Deutschen Kinderkrebsstiftung anzeigen.

Wir kommen zum ersten Mal

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)