

Verbindliche Anmeldung

zum 21. Patienten- und Familientreffen Kraniopharyngeom
vom 31. August bis 2. September 2018 in Haus Düsse, Bad Sassendorf (Ostinghausen)

Bitte die Anmeldung bis zum 23.08.2018 via Telefax: 0228-68846-33 oder per Post senden an:

Deutsche Kinderkrebsstiftung
Kraniopharyngeom-Gruppe
Adenauerallee 134
53113 Bonn



Namen aller Personen, für die diese Anmeldung gilt:

Alter (bei Kindern)

Betroffene(r) _____
Eltern _____
Partner/Freund(in) _____
Geschwister _____

- **Wir nehmen teil, am:**
 - Fr. den 31.08.2018 mit _____ Personen
 - Sa. den 01.09.2018 mit _____ Personen
 - Wir kommen zum ersten Mal* So. den 02.09.2018 mit _____ Personen
- **Ich/wir bestelle(n) Essen** vegetarisch für ____ Personen normal für ____ Personen
- **...zu diesen Mahlzeiten:**
 - Freitag: Abendessen ja nein (5 € Mitglieder, 7 € Nichtmitgl.)
 - Samstag: Mittagessen ja nein (5 € Mitglieder, 9 € Nichtmitgl.)
 - Samstag: Grillabend ja nein (zahlt die Kinderkrebsstiftung)
 - Sonntag: Kaffee/Kuchen ja nein (1 € Mitglieder, 5 € Nichtmitgl.)

Hinweis: „nein“ darf nur angekreuzt werden, wenn Sie zu dieser Zeit noch nicht oder nicht mehr anwesend sind. Es ist nicht möglich, ohne zu essen an der Tagung teilzunehmen. – Die **Essensbons** erhalten Sie nicht mit den Zimmerschlüsseln, sondern **am Infostand** vor dem Vortragssaal, **gegen Barzahlung**.

- **Teilnahmegebühr:** **Mitgliedschaft** in der Kraniopharyngeomgruppe (Einzel- oder Familienmitgliedschaft) – die Teilnahme am Veranstaltungsprogramm ist für uns kostenfrei; Essensbeitrag und Übernachtungen werden jedoch vor Ort bezahlt.
 Nichtmitglieder – 30 € pro Erw., in bar mitzubringen (neben dem Geld für Essen u. Zimmer), 20 € pro Kind (12 bis 17 Jahre).
- **An diesen Gesprächsrunden möchten wir teilnehmen:**
 - für weibliche Betroffene Ü-18 : _____ Pers.
 - für männliche Betroffene Ü-18 : _____ Pers.
 - für Geschwister : _____ Pers.
 - für Partner : _____ Pers.
 - für Betroffene unter 18 : _____ Pers.
 - für Väter : _____ Pers.
 - für Mütter : _____ Pers.
 - Reisen mit/als Kranio : _____ Pers.
 - Selbstwahrnehmung bei Hydrocortisonmangel von Kindern : _____ Pers.
- **Ist Kinderbetreuung gewünscht?** ja, am Samstag, Anz. Kinder ____, Alter: _____
 nein ja, am Sonntag, Anz. Kinder ____, Alter: _____

E-mail (für die Anmeldebestätigung): _____

Bitte fragen Sie nach (sharma@kinderkrebsstiftung.de, Tel. 0228-68846-16), wenn Sie 7 Tage nach der Anmeldung noch keine Bestätigung erhalten haben.

Ihre mit dieser Anmeldung angegebenen **Daten** werden zum Zwecke der Vorbereitung und Durchführung der Kraniopharyngeomtreffen und zur Kraniio-Mitgliederverwaltung bei der Deutschen Kinderkrebsstiftung gespeichert. Dem können Sie jederzeit widersprechen. Die Daten werden nicht nach außen weitergegeben!

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

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)

Zimmer-Bestellungen: Die folgenden Angaben leiten wir für Sie an unser Tagungshaus, Haus Düsse, weiter. Ihr Vertragspartner für die Unterkunft wird das Landwirtschaftszentrum Haus Düsse der Landwirtschaftskammer Nordrhein-Westfalen, Ostinghausen, 59505 Bad Sassendorf, Tel. 02945-989-0. Über Stornierungsmöglichkeiten erkundigen Sie sich bitte dort.

• **Übernachtungen in Haus Düsse:** Ich/wir buchen:

	Anzahl:	Zi. mit Bad+TV (Hs. 1):	Zi. mit Bad (Hs. 2/3):	Zi. ohne Bad (Haus 3):
Freitag auf Sa.	___ EZ:	<input type="checkbox"/> (52 €) EZ	<input type="checkbox"/> (45 €) EZ	<input type="checkbox"/> (32 €) EZ
	___ DZ:	<input type="checkbox"/> (84 €) DZ	<input type="checkbox"/> (74 €) DZ	<input type="checkbox"/> (54 €) DZ
	___ Dreierzi.:	-	<input type="checkbox"/> (111 €) DrZ	<input type="checkbox"/> (81 €) DrZ

	Anzahl:	Zi. mit Bad+TV (Hs. 1):	Zi. mit Bad (Hs. 2/3):	Zi. ohne Bad (Haus 3):
Samstag auf So.	___ EZ:	<input type="checkbox"/> (52 €) EZ	<input type="checkbox"/> (45 €) EZ	<input type="checkbox"/> (32 €) EZ
	___ DZ:	<input type="checkbox"/> (84 €) DZ	<input type="checkbox"/> (74 €) DZ	<input type="checkbox"/> (54 €) DZ
	___ Dreierzi.:	-	<input type="checkbox"/> (111 €) DrZ	<input type="checkbox"/> (81 €) DrZ

Die Preise gelten für ein Zimmer mit Frühstück (Preis pro Nacht). Alle Zimmer ohne Dusche/WC im Zimmer haben Möglichkeiten auf dem Flur. Zustellbett/Matratze 10 €/Nacht (ggf. dazuschreiben!).

Aufgrund körperlicher Einschränkungen benötigen wir ein Zimmer im Erdgeschoss.

Zimmer bitte bei Ankunft im Haupthaus von Haus Düsse (blaue Tür) bezahlen, Kartenzahlung ist möglich.

• **Wir reisen mit diesen Personen an*:**

Namen der Erwachsenen*: _____

Kinder mit Alter*: _____

Anschrift: Straße, Hausnr.*: _____

PLZ, Ort*: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

***unbedingt auszufüllen, wird von Haus Düsse nur für die Zimmerbuchung verwendet.**

Ort, Datum..... Unterschrift.....
(→ ja, hier bitte nochmals unterschreiben!)