

## Kursanmeldung Atemkurs

Gewünschten Kurs bitte ankreuzen

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brunnen (Heideweg 10) – Atemkurs            | ⇒ Donnerstag, 15.30 – 16.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Einsiedeln (Ref. Kirchgemeinde) – Atemkurs  | ⇒ Mittwoch, 09.00 – 10.00 Uhr   |
| <input type="checkbox"/> Einsiedeln (Ref. Kirchgemeinde) – Atemkurs  | ⇒ Mittwoch, 10.15 – 11.15 Uhr   |
| <input type="checkbox"/> Goldau (Pfarreizentrum Eichmatt) – Atemkurs | ⇒ Donnerstag, 14.00 – 15.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Luzern (Stadthausstrasse) – Atemkurs        | ⇒ Mittwoch, 12.15 – 13.15 Uhr   |
| <input type="checkbox"/> Luzern (Stadthausstrasse) – Atemkurs        | ⇒ Mittwoch, 18.00 – 19.00 Uhr   |
| <input type="checkbox"/> Luzern (Stadthausstrasse) – Atemkurs        | ⇒ Donnerstag, 15.00 – 16.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Luzern (Tribtschen) – Atemkurs              | ⇒ Donnerstag, 08.45 – 09.45 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Zug (RehaCenter, Zug) – Atemkurs            | ⇒ Mittwoch, 10.45 – 11.45 Uhr   |

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Mobile Nr.: \_\_\_\_\_

### Krankheitsbild und behandelnde(r) Arzt / Ärztin

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Atemwegserkrankungen: \_\_\_\_\_

Weitere Angaben, die für die Kursleitung wichtig sind: \_\_\_\_\_

Besteht aktuell oder bestand in den letzten 10 Jahren eine **IV-Verfügung**?

nein  ja

wenn ja, **Datum der Verfügung**: .....

Bin aktuell in einem **laufenden IV-Verfahren**:  nein  ja

Ich beziehe aktuell eine **AHV-Rente**

nein  ja

**Bitte angeben:**

**Sozialversicherungs-Nr.** 756.....

(Diese Nr. ist auf der Krankenkassenkarte ersichtlich. Sie beginnt mit 756..... und ist 13stellig)

**Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.**

Ort/Datum..... Unterschrift.....

**Lungenliga Zentralschweiz**

**Schachenstrasse 9**

**6030 Ebikon**

**Telefon 041 429 31 10**

**Fax 041 429 31 11 oder [denise.pluess@lungenliga-zentralschweiz.ch](mailto:denise.pluess@lungenliga-zentralschweiz.ch)**