



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt in die Selbsthilfegruppe der Kehlkopferierten Bergisch Land:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin Kehlkopferiert    Ich bin nicht Kehlkopferiert    Ich bin Förderer

**Die Beantwortung der medizinischen und berufsbedingten Fragen ist freiwillig.**

Operationsdatum: \_\_\_\_\_ Operationsklinik: \_\_\_\_\_

Operations- und Behandlungsmethode:

Totalentfernung    Teilentfernung    Laserbehandlung    Bestrahlung    Chemotherapie

Ersatzstimme:    Oesophagus    Stimmprothese    elektronische Sprechhilfe    Pseudoflüstern

Beruf ausgeübt: \_\_\_\_\_ Beruf jetzt: \_\_\_\_\_

Ort und Datum

Unterschrift

Die Selbsthilfegruppe (SHG) freut sich über Ihren Beitritt und begrüßt Sie recht herzlich. Der satzungsgemäße Beitrag beträgt 2,-€ monatlich. Wir erbitten die Zahlung des Jahresbeitrags von 24,-€ im ersten Vierteljahr auf unser Konto. Mit dem Beitritt nimmt die SHG die Daten auf. Diese Informationen werden in dem EDV Systemen der SHG gespeichert. Die personenbezogenen Daten werden dabei durch geeignete und technische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit grundlos widerrufen. Bitte wenden Sie sich dafür an den Leiter der SHG Kehlkopferierte Bergisch Land.

Bankverbindung Stadtparkasse Solingen  
IBAN: DE71 3425 0000 3221 4423 73  
BIC: SOLSDE33XXX

Telefon: 0212 – 6 22 75 / 0160 – 82 85 624  
E-Mail: kehlkopferierte-bergisch-land@web.de  
www.kehlkopferierte-bergisch-land.de