

Liebe Eltern,

es freut uns, dass Sie sich für die Omnipaed-Asthmaschulung interessieren.

Regelmäßig findet unsere Asthmaschulung zentral in Siegburg statt:

- Freitag von 15.30 bis 19.30 Uhr
- Samstag von 09.00 bis 13.00 Uhr
- Freitag den von 15.30 bis 19.30 Uhr
- Samstag von 09.00 bis 13.00 Uhr Dieser 4. Schulungstermin ist unter Vorbehalt und ist, wenn, nur für die Eltern geplant.

Sie werden zusammen mit einer kleinen Gruppe von Eltern und ca. 7-9 Kindern wichtige Informationen zum Thema „Asthma bronchiale“ erhalten.

**Kosten:** Sofern Ihr Kind gesetzlich krankenversichert ist, älter als 5 Jahre und in das DMP- Asthma eingeschrieben ist, übernimmt die Krankenkasse die Schulungskosten via „elektronischer Krankenversicherungskarte“. Diese muss in dem Quartal in unserer Praxis eingelefen sein.

#### **Ablauf:**

Fordern Sie telefonisch in unserer Praxis bei unserer Teamleiterin, Frau Alexandra Schmidt, ein Anmeldeformular Asthmaschulung mit den konkreten Terminen an.

Geben Sie bitte dieses

- ausgefüllte Anmeldeformular und die
- Abbuchungsvollmacht für 50 € Ausfallgebühr bei unentschuldigtem Fehlen oder Absagen weniger 1 Woche vor Kursbeginn und den
- Familien- Fragebogen und, wenn möglich den
- Fragebogen für den Haus-Kinder- und Jugendarzt in der Praxis ab und
- lesen Sie die Krankenversichertenkarte ein.

- Das **Anmeldeformular** muss nun zusammen mit den **Fragebögen** und der **unterschriebenen Abbuchungsvollmacht zeitnah persönlich** in unserer Praxis abgegeben werden. Die Krankenkassen bezahlen die Schulung nur bei kompletter Teilnahme. Wenigstens 1 Elternteil / Betreuer des Kindes, gerne auch im Wechsel mit dem Partner, muss an der kompletten Schulung teilgenommen haben. Bei Termenschwierigkeiten können Sie die fehlende Termine auch im nächsten Schulungsblock mitmachen. Sollte dies nicht gelingen, müssen wir die 50 € als Aufwandsentschädigung abbuchen.

**Achtung!** Geschwisterkinder können leider **nicht** während der Schulung durch uns betreut werden, weil wir verpflichtet sind uns auf die Schulenden Kinder zu konzentrieren.

In Ausnahmefällen können wir Ihnen Kontaktdaten einer kostenpflichtigen Kinderbetreuung übermitteln.

**Material:** Bitte bringen Sie zu allen Terminen, sämtliche Medikamente, das Peak-Flow-Meter und das Peak-Flow-Protokoll Ihres Kindes mit.

Für den Schulungstag am Samstag sollte Ihr Kind Sportsachen mitbringen.

**Verpflegung:** An allen Schulungstagen stehen für Sie und Ihre Kinder kleine Snacks bereit.

**Veranstaltungsort:** Omnipaed Ltd. ; Drs. med. Michael Weis & Cornelia Maschke  
Europaplatz 6; 53721 Siegburg

- **Bitte beachten Sie, dass während der Schulung keine Möglichkeit der Geschwisterbetreuung besteht!**
- **Bitte bringen Sie alle Medikamente und Inhalierhilfen und Peak Flow Meter mit, soweit dies schon vorhanden ist.**

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe und freuen uns im Namen des omnipaed- Schulungsteam auf Sie,

**Anmeldung Omnipaed Asthmaschulung**

(Diesen Abschnitt bitte ausgefüllt in der Praxis abgeben!)

An Dr. med. Michael Weis  
Europaplatz 6  
53721 Siegburg

Fax: 02241 39779918

Hiermit melde ich folgende Personen verbindlich zur Asthmaschulung

Freitag den ..... von 15.30 bis 19.30 Uhr  
Samstag den ..... von 09.00 bis 13.00 Uhr  
Freitag den ..... von 15.30 bis 19.30 Uhr  
Samstag den ..... von 09.00 bis 13.00 Uhr (Dieser 4. Schulungstermin  
ist unter Vorbehalt und ist, wenn, nur für die Eltern geplant.)

Kind: Name: .....Vorname: .....geb.:.....

Mutter: Name:.....Vorname.....geb.....

Vater: Name:.....Vorname.....geb.....

Ort Datum Name Vorname

Unterschrift



Drs. med. Weis & Maschke; Europaplatz 6; 53721 Siegburg

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin  
**Dr. med. Michael Weis**  
pädiatrische Pneumologie, Allergologie  
**Dr. med. Cornelia Maschke**  
Angest. Fachärztin, Neonatologie, Notfallmedizin  
Europaplatz 6 · 53721 Siegburg  
Telefon 02241 3977990  
Telefax 02241 39779918  
Web [www.weis-siegburg.de](http://www.weis-siegburg.de)

Siegburg den Tagesdatum

Betrifft: Name ..... Vorname: ....., geb.: .....

wohnhaft: ..... versichert: .....

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats**

Name des Zahlungsempfängers Omnipaed Ltd., Dir. Dr. med. M. Weis,

Anschrift des Zahlungsempfängers: Europaplatz 6, 53721 Siegburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE0322200001735148 / Omnipaed Ltd.,  
Europaplatz 6, 53721 Siegburg

**Mandatsreferenz** (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): PatNr

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/ unserem Konto einzuziehen.

**SEPA- Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein//weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:** Einmalige Zahlung von 50 €

**Name des Zahlungspflichtigen** (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen** (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen ( max.22 Stellen):

DE \_\_\_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen) \_\_\_\_\_

**Ort und Datum:** Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)