

**DEUTSCHE SELBSTHILFE ANGEBORENE IMMUNDEFEKTE e.V.**

Hochschatzen 5, 83530 Schnaitsee Tel.: 08074/8164 Fax: 08074/9734

E-Mail : [info@dsai.de](mailto:info@dsai.de) [www.dsai.de](http://www.dsai.de)



**BEITRITTSERKLÄRUNG (bitte leserlich ausfüllen)**

Betroffener:  Kind  Erwachsener

Geburtsdatum: ...../...../..... Familienname:..... Vorname:.....

Zahlendes Mitglied:

Name..... Vorname.....

Straße:.....

PLZ / Wohnort:.....

Tel.:..... - ..... Email:..... @ .....

Krankheitsbild/Diagnose:.....

.....

Diagnose wurde gestellt im Alter von ..... Jahren.

Therapie:.....

.....

Immunglobuline:  subkutan  intravenös

Präparat:..... Serumspiegel.....

Behandelnder Arzt/Adresse:.....

.....

Benötige Infomaterial über.....

Angeborene Immunschwäche und dann?? . Mini erzählt (Buch herausgegeben von der DSAI, für Mitglieder kostenlos) - bitte zusenden:  ja  nein

Meine Adresse kann zum Informationsaustausch an andere betroffene Mitglieder weitergegeben werden: (Die D.S.A.I. e.V. ist somit von der Schweigepflicht enthoben.)  ja  nein  
Alle anderen Daten werden vertraulich behandelt.

Kontaktherstellung von anderen Mitgliedern erwünscht?  ja  nein

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....