

Bitte vollständig ausgefüllt und mit möglichst zwei Unterschriften versehen per Fax (0911 36682491) oder per Post zurücksenden an:

An die
Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter
-Patient im Mittelpunkt- e.V.
Maxfeldstraße 9
90409 Nürnberg

Bitte bei einer Familienmitgliedschaft Ehe-/Lebenspartner und/oder Kinder bis 18 Jahre hier eintragen.
Falls ein Familienmitglied medizinisch geschädigt ist, dies gegebenenfalls hier kennzeichnen

Geschädigt?



Name (Ehepartner/in / Partner/in)

Vorname

Beruf (Angabe freiwillig)

Geb. Datum

1. Kind, Name

Vorname

Geb. Datum

2. Kind, Name

Vorname

Geb. Datum

3. Kind, Name

Vorname

Geb. Datum

4. Kind, Name

Vorname

Geb. Datum

**oder - falls medizingeschädigt -
andere, nahe Verwandte bzw. Person für die gerichtliche oder notarielle Betreuung besteht:**

Vater/Mutter, Geschwister, Person unter rechtlicher Betreuung des Hauptmitglieds

Name

Vorname

Beruf (Angabe freiwillig)

Geb. Datum

Name

Vorname

Beruf (Angabe freiwillig)

Geb. Datum