

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