



**Bitte vollständig ausgefüllt und mit möglichst zwei Unterschriften versehen per Email oder per Post zurücksenden an:**

---

An die  
Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter  
-Patient im Mittelpunkt- e.V.  
Metzebergasse 4  
93047 Regensburg

**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