

# DIE WELT DER BETROFFENEN

Bitte registrieren Sie mich Kostenfrei und unverbindlich wie folgt:  
( Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt! )

Name: ..... Vorname: ..... Geburtstag: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Straße: ..... Hausnr: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

E-Mail: .....

Wo sind Sie amputiert?

(z.B. Ober / Unterschenkel, Fuß re / li, Oberarm / Unterarm, Hand, rechts/links)

Seit wann? ..... Schwerbehinderten Ausweis ..... %

Sind Sie Berufstätig? .....

Welcher Krankenkasse gehören Sie an? .....

Haben Sie vor, unsere Treffs zu besuchen? .....

Möchten Sie den „Boten“ regelmäßig erhalten? JA / NEIN  
(Bitte ankreuzen)

Sind Sie mit Ihrer prothetischen Versorgung zufrieden? Nutzen Sie bitte die Rückseite für Ihre Problembeschreibung.

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift: .....