



# Eintrittsmeldung

Rollstuhlclub	<b>Versicherten-Nr.</b>	
Datum	von	
Name	Vorname	
Strasse	PLZ/Ort	
Tel. Privat	Tel. Gesch.	
Fax Privat	Fax Gesch.	
Natel		
E-Mail	Web	
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geburtstag	Nationalität
Zivilstand	Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit	Datum	Spital
Läsion		
Behinderung <input type="checkbox"/> 01 Paraplegiker	<input type="checkbox"/> 02 Tetraplegiker	<input type="checkbox"/> 03 Polio (Kinderl.)
<input type="checkbox"/> 04 Spina bifida	<input type="checkbox"/> 05 Hydrocephalus	<input type="checkbox"/> 06 Beinamputiert
<input type="checkbox"/> 07 Armamputiert	<input type="checkbox"/> 08 Gelenkversteifung	<input type="checkbox"/> 09 dauerh. Muskelverl.
<input type="checkbox"/> 10 dauerh. Bänderverl.	<input type="checkbox"/> 11 Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> 12 Muskelschwund
<input type="checkbox"/> 13 Spastiker	<input type="checkbox"/> 14 Cereb. Lähmung CP	<input type="checkbox"/> 15 Friedr. Ataxie
<input type="checkbox"/> 16 andere (s. Läsion)	<input type="checkbox"/> 17 keine Behinderung	<input type="checkbox"/> 18 Glasknochen
Beruf	Funktion im Club	

Bemerkungen

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_