

MITGLIEDS- ERKLÄRUNG



Frau Herr Divers

• _____
• **Nachname, Vorname*** _____
• _____
• **Geburtsdatum*** _____
• _____
• **Straße*** _____
• _____
• **Postleitzahl und Ort*** _____
• _____
• **Arbeitsgemeinschaft (wenn bekannt)** _____

• _____
• **Telefon (mit Vorwahl)*** _____ **Handy-Nr.** _____
• _____
• **Beruf** _____
• _____
• **E-Mail** _____
• _____
• **Krankenversichert bei*** _____
• _____
• **Rentenversichert bei*** _____

Rheumakrankes Kind (unter 18 Jahren):

• _____
• **Nachname, Vorname** _____

• _____
• **Geburtsdatum** _____

• Der Jahresbeitrag beträgt € 24,-. Bitte beachten Sie den Hinweis auf der Rückseite.

Bitte kreuzen Sie Ihr Krankheitsbild an (Mehrfachnennung möglich):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> 1 Rheumatoide Arthritis | <input type="radio"/> 9 Psoriasis Arthritis | <input type="radio"/> 16 Morbus Crohn |
| <input type="radio"/> 2 Arthrose | <input type="radio"/> 10 juven.rheum. Arthritis | <input type="radio"/> 17 Churg-Strauss-Syndrom |
| <input type="radio"/> 3 Morbus Bechterew | <input type="radio"/> 11 Vaskulitis, Sonstige | <input type="radio"/> 18 Reaktive Arthritis |
| <input type="radio"/> 4 Osteoporose | <input type="radio"/> 12 Sklerodermie/Crest-Syndrom | <input type="radio"/> 19 Borreliose/Lyme-Borreliose |
| <input type="radio"/> 5 Lupus Erythematoses | <input type="radio"/> 13 Polymyalgia Rheumatica | <input type="radio"/> 20 Polymyositis/Dermatomyositis/Jo 1 |
| <input type="radio"/> 6 Sjögren-Syndrom | <input type="radio"/> 14 Sharp-Syndrom/
Mischkollagenose/MCTD | <input type="radio"/> 21 Panarteriitis nodosa |
| <input type="radio"/> 7 WS-Erkrankung | <input type="radio"/> 15 Kollagenose, Sonstige | <input type="radio"/> 22 Morbus Still |
| <input type="radio"/> 8 Fibromyalgie | | <input type="radio"/> Sonstige |

• Die mit *(Stern) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder und daher unbedingt auszufüllen.
Ihre freiwilligen Angaben helfen uns jedoch, noch bessere, auf Sie zugeschnittene Aktivitäten zu schaffen.

Hiermit willige ich ein, dass die oben angeführten personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten von der Rheuma-Liga für die Erfüllung satzungsgemäßer Zwecke (insbesondere zur Beratung, Betreuung, Information und Rehabilitation) erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Für die Abrechnung bereits an mich ausgehändigter ärztlicher Verordnungen an die zuständigen Abrechnungsstellen und für die Versendung der Mitgliederzeitschrift „mobil“, erkläre ich mich mit der Weitergabe meiner Anschrift einverstanden.

• _____
• **Ort, Datum**

• **X** _____
• **Unterschrift**

Bitte die Angaben zum Lastschriftverfahren auf der Rückseite ausfüllen und unterschreiben!

