

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied im AK Pflege und Mukoviszidose e.V. werden.

Ich bin Behandler in der CF-Versorgung

- Sporttherapie Psychosoziale Betreuung
 Pflegeberufe Physiotherapie
 Ernährungsberatung Arzt

Mitgliedsbeitrag jährlich:

ärztliche Behandler 72 Euro
nicht-ärztliche Behandler 36 Euro

Ich bin auch betroffen als:

- CF-Patient Elternteil Angehörige/r

Persönliche Daten:

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Adresszusatz

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Datum, Unterschrift

- Ich möchte den kostenlosen Newsletter erhalten.
 Ich möchte die Mitgliederzeitschrift als Digitalmagazin beziehen.

Datenschutzerklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet und automatisiert verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum, Unterschrift



Haben Sie Interesse an einer Mitarbeit?

Der Arbeitskreis trifft sich jährlich auf der Deutschen Mukoviszidose-Tagung in Würzburg und alle zwei Jahre in einer Klinik oder Rehabilitationseinrichtung mit Spezialisierung für Mukoviszidose.

Sie sind in unserem Arbeitskreis jederzeit willkommen. Wenn Sie Mitglied werden möchten, füllen Sie bitte die angefügte Beitrittserklärung aus.

Kontakt für Fragen und Anregungen
ak-pflege@muko.info

Wir freuen uns auf Sie!

Herzlichst Ihre

Cornelia Meyer
1. Vorsitzende Arbeitskreis

Mukoviszidose e.V.

In den Dauen 6 | 53117 Bonn
Tel.: 0228 98 78 0-0 | Fax: 0228 98 78 0-77
info@muko.info | www.muko.info

Bank für Sozialwirtschaft AG, Köln
IBAN: DE 59 3702 0500 0007 0888 00
BIC: BFSWDE33XXX



Der Arbeitskreis Pflege im Mukoviszidose e.V.

Gemeinsam Mukoviszidose besiegen!



Liebe Pflegefachkräfte,

in Deutschland sind rund 8.000 Kinder, Jugendliche und Erwachsene von der unheilbaren Erbkrankheit Mukoviszidose betroffen. Der Mukoviszidose e.V. vernetzt die Patienten, ihre Angehörigen, Ärzte, Therapeuten und Forscher. Er bündelt unterschiedliche Erfahrungen, Kompetenzen und Perspektiven mit dem Ziel, jedem Betroffenen ein möglichst selbstbestimmtes Leben mit Mukoviszidose ermöglichen zu können.

Deshalb freue ich mich, den Arbeitskreis Pflege als Team kompetenter Fachkräfte seit 1997 an unserer Seite zu wissen. Mit seiner Arbeit trägt der Arbeitskreis Pflege wesentlich dazu bei, dass Mukoviszidose-Patienten nach den neuesten Erkenntnissen gepflegt werden können.

Geben Sie der Pflege durch Ihre Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V. eine Stimme, damit wir gemeinsam die Mukoviszidose besiegen!

Herzlichst Ihr



Stephan Kruij
Bundesvorsitzender des Mukoviszidose e.V.

Der AK Pflege hat folgende Aufgaben und Ziele:



- » Optimale Pflege der Patienten nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen
- » Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes
- » Beratung, Schulung, Anleitung und Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen
- » Interdisziplinärer fachlicher Erfahrungsaustausch
- » Fortbildungen für die Qualifizierung zur anerkannten „Mukoviszidose-Pflegefachkraft“
- » Weiterentwicklung der CF-spezifischen Pflege unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten
- » Aktive Teilnahme an nationalen und internationalen Kongressen
- » Öffentlichkeitsarbeit

Die Pflegeleitlinien bei Mukoviszidose

ambulant und stationär in deutsch und englisch

- » Sollen dazu beitragen, effektive und qualitativ gute Pflege im ambulanten und stationären Bereich zu erbringen.
- » Ermöglichen allen Pflegefachkräften einheitliches professionelles Arbeiten und können Mitarbeiter/innen als Orientierungshilfe dienen und, soweit möglich, rechtliche Sicherheit geben.
- » Können auch als begleitendes Lehrmaterial in Schulungen eingesetzt werden, die qualifizierte Pflegefachkräfte im ambulanten und stationären Bereich für Patienten wie für Angehörige anbieten.



Die Leitlinien können beim Mukoviszidose e.V. gegen eine Schutzgebühr auf deutsch und englisch angefordert werden.
www.muko.info

Lastschriftinzug

Sie helfen uns, Verwaltungskosten zu vermeiden, wenn Sie folgenden Lastschriftinzug ausfüllen, unterschreiben und uns zurücksenden.

Ich ermächtige den Mukoviszidose e.V.

jährlich halbjährlich vierteljährlich

den umseitig eingetragenen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mukoviszidose e.V. auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Vorname, Name

Ggf. Unternehmen

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN DE

Datum, Unterschrift

Hinweis

Ich kann innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mukoviszidose e.V., In den Dauen 6, 53117 Bonn
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE89 ZZZO 0000 0343 54

Mandatsreferenznummer:

(wird vom Mukoviszidose e.V. ausgefüllt und Ihnen separat mitgeteilt)