

Antrag auf Mitgliedschaft bei KEKS e.V.

Familien mit betroffenen Kindern



ANGABEN ZUM ÖSOPHAGUS-KIND

Vorname Familienname

Straße Nr. PLZ Ort

Telefonnummer Faxnummer Mobil Email

Geburtsdatum Geburtsgewicht

BEHANDELNDE KRANKENHÄUSER

ANGABEN ZU WEITEREN KINDERN IN DER FAMILIE

Name Geburtsjahrgang

Name Geburtsjahrgang

Name Geburtsjahrgang

ANGABEN ÜBER DIE ELTERN

Vorname Nachname Geburtsdatum Beruf (auch vormals ausgeübt)

Vorname Nachname Geburtsdatum Beruf (auch vormals ausgeübt)

Familienstand

FRAGEN ZUR ÖSOPHAGUSATRESIE

ÖA ohne Fistel ÖA mit Fistel langstreckig nur Fistel VACTERL Sonstige

Wissen Sie, wie lang die Lücke in der Speiseröhre war? ____ cm / ____ Wirbelkörper

Ist die Speiseröhre schon operativ zusammengefügt worden? _____

Wenn ja, wann? _____ durch welchen Arzt /welche Klinik? _____

Wissen Sie, nach welcher Operationsmethode vorgegangen wurde? Wenn ja, welche?

Welche Probleme, wenn überhaupt, bestanden nach der Operation (z.B. Stenosen)?

Sind zusätzliche Fehlbildungen vorhanden? Wenn ja, welche?

Falls keine Ösophagusatresie vorliegt, um welche Art der Speiseröhrenproblematik handelt es sich?

Angeborene Stenose (Engstelle) Reflux Eine Fistel ohne Atresie Verätzung
 Achalasie Andere

Sind Sie einverstanden, dass Ihr Name und Ihre Anschrift anderen Eltern mit Ösophagus-Kindern zur Kontaktaufnahme/Erfahrungsaustausch bekannt gegeben werden?

Ja Nein

Wie wurden Sie auf KEKS aufmerksam?

Welche spezifischen Fragen haben Sie?

Die von Ihnen gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und keinesfalls ohne Ihre Einwilligung weitergegeben.

KEKS e.V. verwaltet Mitgliederdaten in einer eigenen DV-Anwendung. Für Betroffene umfasst dies auch Daten zur Gesundheit (§3 Abs 9 BDSG). Sie erteilen hierzu Ihre Einwilligung.

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Antrag zurück an:

KEKS e.V., Sommerrainstraße 61, 70374 Stuttgart

