

Diese Angaben benötigen wir, um Ihre Lungensportgruppe in das Lungensportregister aufzunehmen.
 Bitte senden Sie diesen Bogen per Post an die AG Lungensport, Raiffeisenstraße 38, 33175 Bad Lippspringe.
 Schneller geht es per FAX: **052 52 / 937 06 04** oder per Mail: **lungensport@atemwegsliga.de**

Wer bietet Lungensport an?	
Name des Vereins, der Klinik, der Praxis	
Adresse des Vereins/der Klinik/der Praxis	
Ansprechpartner: Anrede, Titel Vorname, Name	
Kontakt: Telefon eMail Homepage	

Wie viele Gruppen bieten Sie an?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anzahl der Gruppen für Erwachsene <u>Trainingsraum/räume:</u> <u>(genaue Anschrift mit Straße, Plz, Ort)*</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anzahl der Gruppen für Kinder <u>Trainingsraum/räume:</u> <u>(genaue Anschrift mit Straße, Plz, Ort)*</u>
Auch für Patienten mit Sauerstoff-Versorgung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

* ggfs. auf gesonderten Blatt ergänzen

Name und Anschrift des Trägers (falls nicht mit Anbieter identisch)	
Name des Trägers Anschrift (Straße, Plz, Ort) Kontakt: Telefon eMail Homepage	
Wird die Gruppe von einer Ärztin oder einem Arzt betreut? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (falls ja bitte ergänzen):	
Titel, Vorname, Name und Anschrift des Arztes/der Ärztin	