

**Anmeldung zum**  
**Familien-DiabetesCamp 2023**  
**vom 05.06. bis 09.06.2023**

**Diabeteskind**  
**Alter 6 – 11 Jahre**

<u>Teilnehmerbeitrag Mitglieder</u>	249 Euro
<u>Teilnehmerbeitrag Nichtmitglieder</u>	399 Euro

**Persönliche Angaben Diabetes Kind:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_

**Diabetestherapie**

- konventionelle Insulintherapie (CT)
- intensivierete Insulintherapie (ICT)
- Insulinpumpentherapie:
- trägt CGM-/FGM-System (zur kontinuierlichen Glukosemessung):

**Angaben zur Insulinpumpe**

Hersteller/Name d. Pumpe: \_\_\_\_\_

**Angaben zum CGM-/FGM-System**

Hersteller/Name d. Geräts: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mitgliedschaft**

- Mein Kind ist Mitglied im Diabetikerbund Bayern e.V. Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_
- Ich möchte für mein Kind die Mitgliedschaft im Diabetikerbund Bayern e.V. beantragen. Bitte senden Sie mir den Aufnahmeantrag zu.

**AGBs und Unterschrift**

- Ich habe die AGBs aufmerksam gelesen und stimme diesen zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der/s Erziehungsberechtigten

**Anmeldung zum**  
**Familien-DiabetesCamp 2023**  
**vom 05.06. bis 09.06.2023**

**Erziehungsberechtigte Begleitperson**

<u>Teilnehmerbeitrag Familienmitglieder</u>	399 Euro
<u>Teilnehmerbeitrag Nichtmitglieder</u>	499 Euro

**Persönliche Angaben:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mitgliedschaft**

- Ich bin Familienmitglied im Diabetikerbund Bayern e.V.  
Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_
- Ich möchte Familienmitglied im Diabetikerbund Bayern e.V. werden. Bitte senden Sie mir den Aufnahmeantrag zu.

**AGBs und Unterschrift**

- Ich habe die AGBs aufmerksam gelesen und stimme diesen zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anmeldung zum**  
**Familien-DiabetesCamp 2023**  
**vom 05.06. bis 09.06.2023**

**Geschwisterkind ohne Diabetes**

**Teilnehmerbeitrag Familienmitglieder**

Ab 6 Jahre	299 Euro
4 - 5 Jahre	199 Euro

**Teilnehmerbeitrag Nichtmitglieder**

Ab 6 Jahre	399 Euro
4 - 5 Jahre	259 Euro

**Persönliche Angaben Geschwisterkind:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mitgliedschaft**

- Mein Kind ist Familienmitglied im Diabetikerbund Bayern e.V.  
Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_
- Ich möchte die Familienmitgliedschaft im Diabetikerbund Bayern e.V. für mein Kind beantragen.  
Bitte senden Sie mir den Aufnahmeantrag zu.

**AGBs und Unterschrift**

- Ich habe die AGBs aufmerksam gelesen und stimme diesen zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der/s Erziehungsberechtigten