

Beitrittserklärung



Ja, ich möchte Mitglied im AK Psychosoziales 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 Psychosoziales steht allen psychosozialen Berufsgruppen offen (Voraussetzung ist die Mitgliedschaft im Verein). Der AK trifft sich im Rahmen der jährlichen Deutschen Mukoviszidose Tagung und darüber hinaus bei seinen Arbeitstreffen.

Sie sind uns herzlich willkommen.

Bitte senden Sie die angefügte Beitrittserklärung an den Mukoviszidose e.V. (In den Dauen 6, 53117 Bonn).

Die aktuellen Ansprechpartner des Arbeitskreises mit ihren Mailadressen finden Sie unter www.muko.info/akps

Fotos: Fotolia, Jörg Metzner, Pixabay, Foto „Regenschirm“ Zainab Aamir from Pexels



Der Arbeitskreis Psychosoziales im Mukoviszidose e.V.

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 AK hat sich als Ziele gesetzt:

- » mitzuwirken, die psychosoziale Situation von CF-Betroffenen und ihren Angehörigen zu verbessern
- » das Verständnis CF-spezifischer psychosozialer Problemlagen bei allen Berufsgruppen, die interdisziplinär bei der Behandlung mitwirken, zu fördern
- » den fachlichen Austausch der verschiedenen psychosozialen Berufsgruppen im AK Psychosoziales zur fördern, z.B. durch Intervention
- » die fachliche Expertise der psychosozialen Berufsgruppen weiterzuentwickeln, z.B. über interne Fortbildungen
- » den Mukoviszidose-Bundesverband zu unterstützen, die bedarfsgerechte Ausstattung der CF-Ambulanzen mit qualifizierten psychosozialen Mitarbeitern einzufordern

Der Arbeitskreis Psychosoziales im Mukoviszidose e.V. besteht seit 1991 als Fachgruppe für psychosoziale Berufsgruppen in der Mukoviszidose-Behandlung aus dem pädagogischen, psychologischen, psychotherapeutischen und sozialen Bereich.



Aufgaben

Der AK Psychosoziales verfolgt seine Ziele in Arbeitsgruppen mit folgenden Schwerpunkten:

„Psychosoziale Versorgung“

Die psychosozialen Mitarbeiter sollen zur fachgerechten sozialrechtlichen Beratung der Zielgruppe der Mukoviszidose-Betroffenen und ihrer Angehörigen befähigt werden.

„Mukoviszidose-Schulung“

Der Stellenwert der Vermittlung von Krankheits- und Therapiewissen an Patienten und Angehörige durch interdisziplinäre informations-, verhaltens- und handlungsorientierte Maßnahmen soll gefördert werden.

„Mental Health Screening“

Die psychosozialen Mitarbeiter in den CF-Ambulanzen in Deutschland sollen bei der Implementierung des Mental Health Screenings unterstützt werden.

„Umgang mit dem schwer kranken Patienten und Organtransplantation“

Bei allen Berufsgruppen in der Mukoviszidose-Behandlung soll der qualifizierte Umgang mit Patienten und Angehörigen in gesundheitlich bedrohlichen oder abschiedlichen Prozessen unterstützt werden.

Lastschrift einzug

Sie helfen uns, Verwaltungskosten zu vermeiden, wenn Sie folgenden Lastschrift einzug 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)