



**KARTAGENER SYNDROM UND  
PRIMÄRE CILIÄRE DYSKINESIE e.V.**

## **Anmeldung für den Patientenkongress in Trier von Fr. 3. Mai bis So. 5. Mai 2019**

Hier zunächst einige Informationen zu unserem Tagungsort:

### **Jugendherberge Trier**

An der Jugendherberge 4

54292 Trier

Tel. 0651 146620

Fax 0651 1466230

[trier@diejugendherbergen.de](mailto:trier@diejugendherbergen.de)

**Geokoordinaten:** Breitengrad: 49° 46' 5.15" Längengrad: 6° 38' 26.47"

**WLAN:** gratis

### **Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln**

Bahnstation ist Trier auf der Strecke Koblenz-Trier oder Köln-Gerolstein-Trier, von dort 25 Min. Fußweg, Gepäcktransport ist möglich.

Alternativ zum Fußweg fährt der Bus 85 vom Hauptbahnhof in Richtung Wilh. Leuschner Str., Ihr müsst an der Haltestelle St. Mergener Str. aussteigen und von dort noch 500m in Richtung Mosel laufen.

### **Anreise mit dem Auto**

A48 von Koblenz oder A1 von Saarbrücken, Zufahrt über Stadtautobahn A602. Dort am Trier-Verteilerkreis die Ausfahrt *Zurmaiener Str./B49* nehmen und der B49 bis *An der Jugendherberge* folgen Das Jugendgästehaus liegt direkt an der Mosel.

### **Stornierung:**

Für Stornierungen der Unterbringung in der Jugendherberge gelten folgende Konditionen: Bis 5.03.2019 ist die Stornierung kostenfrei. Bei später eintreffenden Stornierungen sind Stornierungskosten in Höhe von 50,-€ je erwachsene Person zu zahlen. Ausschlaggebend ist das Datum des Eingangs der formlosen schriftlichen Stornierung bei Susanne Böker (E-Mail oder Brief).

**Susanne Böker  
Königswarter Str. 5  
65366 Geisenheim**

**E-Mail: [stellvertreter@kartagener-syndrom.de](mailto:stellvertreter@kartagener-syndrom.de)  
Tel.: 06722-402963**

# ANMELDEBOGEN

Hiermit melde ich folgende Personen für das **Patiententreffen 2019** in Trier an:

| Name | Vorname | Alter | PCD | KS | Angehörige/r |
|------|---------|-------|-----|----|--------------|
|      |         |       |     |    |              |
|      |         |       |     |    |              |
|      |         |       |     |    |              |
|      |         |       |     |    |              |
|      |         |       |     |    |              |
|      |         |       |     |    |              |

## Unsere Kontaktdaten:

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

## Übernachtung

Ich möchte in der **Jugendherberge** untergebracht werden,  
inklusive Vollverpflegung

Ich möchte **nicht** in der Jugendherberge untergebracht werden,  
nehme aber als **Tagesgast** am Patientenkongress teil

### Bei Unterbringung in der Jugendherberge (inkl. Verpflegung):

**Bettzahl Erwachsener:**

**Kinder:**

Die Unterbringung erfolgt in Doppel- oder Familienzimmern.

**Für zwei Übernachtungen sind mind. 60 € pro Erwachsenen auf das angegebene Konto zu überweisen (der Durchschnittspreis für eine Übernachtung beträgt in der JuHe pro Nacht/Vollpension ca. 40 €).**

**Für Kinder unter 18 Jahren übernimmt der Verein die Kosten**

**Einzelzimmer:** Verfügbarkeit und Preis auf Anfrage

## Verpflegung

Macht bitte hier ein Kreuz, wenn Ihr bereits am Freitag in der Jugendherberge ein Mittagessen einnehmen möchtet:

Falls Lebensmittelunverträglichkeiten oder Allergien bestehen, gebt diese bitte hier an:

---

Hier müsst Ihr nur ausfüllen, wenn Ihr **nicht** in der Jugendherberge übernachtet, sondern als Tagesgast am Patientenkongress teilnehmt:

Gebt bitte die **Anzahl** der gewünschten Essen in der Jugendherberge an!

Pro Mahlzeit und Person ist ein Unkostenbeitrag von **5 €** zu entrichten.  
**Den Gesamtbetrag bitte auf unser Konto überweisen!**

|           |        |                          |                    |                          |                   |                          |
|-----------|--------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
|           |        |                          | Mittagessen 03.05. | <input type="checkbox"/> | Abendessen 03.05. | <input type="checkbox"/> |
| Frühstück | 04.05. | <input type="checkbox"/> | Mittagessen 04.05. | <input type="checkbox"/> | Abendessen 04.05. | <input type="checkbox"/> |
| Frühstück | 05.05. | <input type="checkbox"/> | Mittagessen 05.05. | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

## Programm

Ich möchte an folgenden Workshops/Gesprächsrunden/Events teilnehmen:

Neueinsteigerworkshop  Kinderworkshop

Moderierter Austausch Freitag:

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| Überarbeitung der Homepage | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegeld u.a.            | <input type="checkbox"/> |
| PCD in der Schule          | <input type="checkbox"/> |
| PCD in der KiTa            | <input type="checkbox"/> |
| Reisen mit PCD             | <input type="checkbox"/> |

Stadtführung Freitagabend

Moderierter Austausch Sonntag: betroffene Erwachsene   
Angehörige betroffener Erwachsener   
Eltern betroffener Kinder   
Geschwister betroffener Kinder   
Kinderworkshop

Ich melde mich zur Ziliendiagnostik an

Ich möchte die Gelegenheit zur psychologischen Beratung wahrnehmen

---

Die Reservierung erfolgt in der Reihenfolge der Anmeldungen. Es steht nur eine begrenzte Anzahl von Betten zur Verfügung.

**Die Anmeldung ist erst nach Geldeingang auf unserem Konto (s.u.) gültig!**

**Bankverbindung:**

Kartagener Syndrom und Primäre Ciliäre Dyskinesie e. V.  
IBAN: DE67 5502 0500 0008 6473 00 BIC: BFSWDE33MNZ – Stichwort: Trier

**Kontakt:**

**Susanne Böker  
Königswarter Str. 5  
65366 Geisenheim**

**E-Mail: [stellvertreter@kartagener-syndrom.de](mailto:stellvertreter@kartagener-syndrom.de)  
Tel.: 06722-402963**

Datum, Unterschrift: