



# Eintrittsmeldung

Rollstuhlclub	Zürich	<b>Versicherten-Nr.</b>	
Datum	von		
Name	Vorname		
Strasse	PLZ/Ort		
Tel. Privat	Tel. Gesch.		
Fax Privat	Fax Gesch.		
Natel			
E-Mail	Web		
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geburtstag	Nationalität	
Zivilstand	Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Italienisch
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit	Datum	Spital	
Läsion			
Behinderung <input type="checkbox"/> 01 Paraplegiker	<input type="checkbox"/> 02 Tetraplegiker	<input type="checkbox"/> 03 Polio (Kinderl.)	
<input type="checkbox"/> 04 Spina bifida	<input type="checkbox"/> 05 Hydrocephalus	<input type="checkbox"/> 06 Beinamputiert	
<input type="checkbox"/> 07 Armamputiert	<input type="checkbox"/> 08 Gelenkversteifung	<input type="checkbox"/> 09 dauerh. Muskelverl.	
<input type="checkbox"/> 10 dauerh. Bänderverl.	<input type="checkbox"/> 11 Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> 12 Muskelschwund	
<input type="checkbox"/> 13 Spastiker	<input type="checkbox"/> 14 Cereb. Lähmung CP	<input type="checkbox"/> 15 Friedr. Ataxie	
<input type="checkbox"/> 16 andere (s. Läsion)	<input type="checkbox"/> 17 keine Behinderung	<input type="checkbox"/> 18 Glasknochen	
Beruf	Funktion im Club		

Bemerkungen

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_