

Selbsthilfegruppe Hereditäre Fructoseintoleranz

gegr. 1993 in Neustadt / Aisch
<http://www.fructoseintoleranz.de/>

----- Die Seiten 1-3 und 5 bitte zurück an die SHG HFI schicken ! -----
Selbsthilfegruppe hereditäre Fructoseintoleranz (HFI) Stand: 07/2014
Frau Lößner, Bachstelzenweg 3, 39114 Magdeburg

Nur von der SHG HFI auszufüllen:	Datum:	Nr:
----------------------------------	--------	-----

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen !!

1.1 Beitrittserklärung:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum df (Eintrittsdatum, 1. des Monats)

Selbsthilfegruppe HFI - "als gemeinnützig anerkannter Verein".

Die Satzung ist mir bekannt, diese ist im Internet auf der Seite

<http://www.fructoseintoleranz.de/mitglied.htm> abrufbar.

Der Mitgliedsbeitrag ist bis auf weiteres ausgesetzt,
freiwillige Spenden sind willkommen.

Name, Vorname: HFI-Betroffener / Kind = Mitglied		
Name, Vorname: Erziehungsberechtigte (Mutter)		
Name, Vorname: Erziehungsberechtigter (Vater)		
Titel, Organisation:		
Strasse, Hausnr.:		
PLZ, Ort, Land:		
E-mail Adresse:	@	
Geburtsdatum: HFI-Betroffener / Kind	Tag	Monat
	Jahr	m
	w	w
Telefon:	/	Fax: /

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

1.Vorstand: Renate Gramer, 2.Vorstand: Peter Ganss,
Schriftführung: Sandra Lößner; Kassenwart: Andreas Weber
Verwaltungsbeirat Internetbetreuung: Martin Sacherl,
Buchversand: Tanja Goller, Emails: Andrea Würch

Hausadresse:
Bachstelzenweg 3,
39114 Magdeburg

Bankverbindung:
Sparkasse am
Niederrhein
BLZ 354 500 00
Kto 1223 061 977

Für intern. Zahlungsverkehr:
IBAN:
DE7235450000 1223061977
BIC(SWIFT-Code):
WELADED1MOR

Sitz des Vereins: Moers

Selbsthilfegruppe Hereditäre Fructoseintoleranz

gegr. 1993 in Neustadt / Aisch
<http://www.fructoseintoleranz.de/>

1.2 Angaben zur Diagnostik:

Eine Kopie der ärztlichen Diagnose hereditäre Fructoseintoleranz = HFI ist beizulegen !!

Diagnose HFI am:

Diagnoseart (Leber-, Dünndarmbiopsie, Molekulargen. EDTA, ...):

Fructosebelastung, H₂-Atemtest:

Aktuelle Größe in cm:

Aktuelles Gewicht in kg:

Sind noch weitere HFI-Fälle in Ihrer Verwandtschaft bekannt, wenn ja,
wie sind diese Personen mit Ihnen verwandt?

Tägliche Medikamente:

Vitamine, welche:

Bei Kindern: Komplikationen während der Schwangerschaft, welche:

Komplikationen während der Entbindung, welche:

Geburtsgröße in cm:

Geburtsgewicht in kg:

Wie lange wurde gestillt ?

Fructosearme Diät seit:

Beschwerden:	++ = sehr stark,	+ = stark ,	- = wenig,	-- = keine
	vor der Diät:		mit fructosearmer Diät:	
Oberbauchschmerzen:				
Blähbauch:				
Aufstoßen:				
Übelkeit:				
Erbrechen:				
breiige Stühle:				
Durchfälle:				
Brennen i. Enddarm				
Stuhlgang pro Tag bzw. Woche:				
Heißhunger:				
Appetitlosigkeit:				
niedriger Blutzucker, ...mg%				
Krämpfe, wo ?				
Schweißausbrüche, wann ?				
Atemnot:				
Hautveränderungen, wo ?				
Juckreiz:				
Blässe:				
blaue Flecken:				
Nagel- und Haarprobleme:				
Zahnprobleme, welche:				
Gedehstörungen:				
Reizbarkeit:				
Infektanfälligkeit:				
Bläschen im Mund und a. d. Lippen:				
Unregelmäßige Blutungen:				
Ödembildungen:				
Wasserablagerungen, wo ?				
Kopfschmerzen:				
Sehstörungen:				

Selbsthilfegruppe Hereditäre Fructoseintoleranz

gegr. 1993 in Neustadt / Aisch
<http://www.fructoseintoleranz.de/>

Müdigkeit:		
Schlafstörungen:		
Alpträume:		
Knochenschmerzen:		
Gelenkschmerzen:		
Muskelschmerzen:		
Ohnmachts- und Schwindelgefühl:		
Schweregefühl in den Gliedmaßen:		
Alles ist anstrengend:		
Konzentrationsschwierigkeiten:		
Entscheidungsschwierigkeiten:		
Sonstiges:		

Ihre personenbezogenen Daten werden datentechnisch erfasst und gespeichert.
Auf Ihre Angaben hat ausschließlich der Vorstand der SHG HFI Zugriff und diese werden nur für den Vereinszweck der SHG HFI verwendet. Eine Verwendung für andere Zwecke, insbesondere kommerzielle Zwecke (Werbung und / oder Vertriebszwecke) findet **nicht** statt !

2. Einzugsermächtigung:

Der unter 1.1 angegebene **Jahresbeitrag** kann von meinem nachfolgend genannten Konto abgebucht werden. Mit meiner Unterschrift beauftrage ich Sie zum jederzeit widerrufbaren Bankeinzug. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber:	Name:	Vorname:
	<input type="text"/>	
Konto Nr.:	<input type="text"/>	BLZ: <input type="text"/>
	<input type="text"/>	
Geldinstitut , Ort:	<input type="text"/>	

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bemerkungen:

Selbsthilfegruppe Hereditäre Fructoseintoleranz

gegr. 1993 in Neustadt / Aisch
<http://www.fructoseintoleranz.de/>

3. Weitere wichtige Einverständniserklärung

3.1 Adressenliste

Aufgrund vielfacher Anregungen von Mitgliedern, einen **besseren Erfahrungsaustausch** untereinander zu ermöglichen haben wir eine Adressenliste zusammengestellt, diese wird ausschließlich an die Mitglieder der SHG-HFI per Post verteilt.

Aufgrund der Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) ist hierfür die Angabe des Zwecks und die schriftliche Einwilligung notwendig.

Weitere allgemeine Informationen zum Datenschutz im Verein können Sie im Internet unter <http://www.datenschutz-berlin.de/doc/de/sonst/dsverein.htm> nachlesen.

3.2 Intranet

Ein **Intranet** ist ein internes, nicht öffentliches und geschütztes Netzwerk, welches auf Internet-Technologie basiert.

Wir haben diesen zusätzlichen **Intranet**bereich nur für unsere Mitglieder der SHG-HFI aufgebaut.

Der Zugang zu diesem sogenannten geschützten **Intranet** ist nur mit einem Login und einem eigenen Passwort, möglich. Es wird dabei ein Sicherheitsprotokoll (128bit-Technik) zur Verschlüsselung verwendet werden.

Auf diesen Seiten werden ausschließlich für unsere Mitglieder zusätzlich zu den Treffen und Informationsbriefen weiterführende Informationen und aktuelle Themen der SHG HFI zur Verfügung gestellt. Anregungen zu Themen und Rubriken und eine Mitarbeit dazu von unseren Mitgliedern werden gerne angenommen !

3.3 Zweck und Bedingungen

Diese Adressenliste soll einen **besseren Erfahrungsaustausch** untereinander, auch in der Zeit zwischen den Treffen, ermöglichen.

Die Teilnahme an dieser Liste ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Diese Adressenliste wird ausschließlich an die Mitglieder der SHG-HFI verteilt, die ebenfalls schriftlich eingewilligt haben.

Die Teilnehmer sind **verpflichtet, die Adressenliste**, die Sie erhalten, nur für den Vereinszweck der SHG HFI zu nutzen, um Erfahrungen auszutauschen, eine Überlassung an Dritte ist aus datenschutzrechtlichen Gründen **nicht** zulässig !

Wir, der Vorstand der SHG HFI, versichern hiermit, dass die Daten der Adressenliste nur für den Vereinszweck der SHG HFI verwendet werden und eine Verwendung für andere Zwecke, insbesondere kommerzielle Zwecke (Werbung und / oder Vertriebszwecke) **nicht** stattfindet !

Bei Mitgliedern unter 18 Jahren ist es notwendig, dass die Erziehungsberechtigten unterschreiben.

Selbsthilfegruppe Hereditäre Fructoseintoleranz

gegr. 1993 in Neustadt / Aisch
<http://www.fructoseintoleranz.de/>

----- Diese Seite bitte zurück an die SHG HFI schicken ! -----

Selbsthilfegruppe hereditäre Fructoseintoleranz (HFI)
Frau Lößner, Bachstelzenweg 3, 39114 Magdeburg

3.4 Bitte teilen Sie uns nachfolgend mit, welche persönlichen Adressdaten wir weitergeben dürfen

Sie können nachfolgend auswählen, ob Ihr Postadresse, Telefonnummer., Email-Adresse und das Geburtsjahr des HFI-Betroffenen per Post lt. Punkt 3.1 und Punkt 3.3 weitergegeben werden darf.

Postadresse:	Ich bin mit der Weitergabe per Post , lt. Punkt 3.3 Zweck einverstanden:	
Vorname (Erziehungsberechtigte/r, siehe oben) Vorname HFI-Betroffener/Kind = Mitglied: (siehe oben) Nachname (siehe oben) Strasse (siehe oben) PLZ, Ort (siehe oben) Land (siehe oben)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tel: (siehe oben)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Email: (siehe oben)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geb.jahr HFI-Betroffener/Kind = Mitglied: (siehe oben)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sie können nachfolgend auswählen, ob Ihre Namen, Email-Adresse und das Geburtsjahr des HFI-Betroffenen auch in dem unter 2. erläuterten geschützten **Intranet**bereich der SHG-HFI erscheinen soll.

	Ich bin mit der Weitergabe, lt. Punkt 3.2 Intranet und Punkt 3.3 Zweck einverstanden:	
Vorname Erziehungsberechtigte/r (siehe oben) Vorname HFI-Betroffener/Kind = Mitglied: (siehe oben) Nachname (siehe oben) Email: (siehe oben, falls diese nicht vorhanden ist, ist ein Kontaktaufnahme untereinander nicht möglich) Geb.jahr HFI-Betroffener/Kind = Mitglied: (siehe oben)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift,
(unter 18 Jahren der / die Erziehungsberechtigte)

**Ihre Daten werden entsprechend der von Ihnen angekreuzten Angaben veröffentlicht.
Bitte senden Sie dieses Blatt in jedem Fall an uns zurück !**

Machen Sie **keine** Angaben, wird Ihre Adresse nicht weitergegeben oder veröffentlicht, es gilt dann folgender Grundsatz lt. Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG):

Ihre personenbezogenen Daten werden datentechnisch erfasst und gespeichert.

Auf Ihre Angaben hat ausschliesslich der Vorstand der SHG HFI Zugriff, und diese werden nur für den Vereinszweck der SHG HFI verwendet. Eine Verwendung für andere Zwecke, insbesondere kommerzielle Zwecke (Werbung und / oder Vertriebszwecke) findet **nicht** statt !

Bemerkungen:

