

**Anmeldung zum Programm:**

**Fax-Nummer:**  
**030-34 33 34 199**

An  
INSTITUT FÜR TABAKENTWÖHNUNG HAVELHÖHE  
am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe  
Med. Klinik, Herz-Lungen Zentrum  
  
Kladower Damm 221 Hs. 24  
14089 Berlin

Hiermit melde ich mich zum Kurs Tabakentwöhnung ‚Zukunft Rauchfrei‘

Nr.  verbindlich an.

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon Festnetz \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon Mobilfunk \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Ich werde **meinen Eigenanteil an der Kursgebühr i.H.v. 160,- Euro** überweisen (Kurskosten 1.140,- Euro, hiervon Eigenanteil 160,- Euro). Mir ist bekannt, dass die Aufnahme in den Kurs wegen der begrenzten Teilnehmerzahl nach Eingangsdatum der Anmeldung vorgenommen wird. Durch die Überweisung der Kursgebühren erhalte ich die Zusage an der regulären Durchführung der Tabakentwöhnungstherapie in Havelhöhe teilzunehmen, sofern mindestens vier Anmeldungen vorliegen. Die Therapie umfasst: sechs Therapiemodule in Terminen zu je 90 Minuten, Arbeitsmaterialien und ggf. Wiederholungstermine, sowie eine einjährige Nachbetreuung mit abschließendem Nichtraucherzertifikat.

Mir ist bekannt, dass ich zum Kursbeginn zusätzlich 50,- Euro als Erfolgsverstärkung an die Kursleiter übergebe, die ich nach einem Jahr, bei persönlicher Abholung, zurückbekommen werde. Bei Nichtabholung verbleibt der Betrag als Spende im Institut für Tabakentwöhnung und Raucherberatung.

Mir ist bekannt, dass ich selbstständig bei meiner Krankenversicherung versuchen kann, einen Teilbetrag der Kursgebühr rückerstattet zu bekommen. Entsprechende Teilnahmebescheinigung wird ausgestellt.

Kontonummer: 256 786 18  
BLZ 430 609 67  
GLS Gemeinschaftsbank eG

**Stichwort:** Zukunft Rauchfrei Kurs Nr. ....,  
Atemschule Havelhöhe

Berlin, den .....

Unterschrift..... **Zukunft**

**Anlage zur Anmeldung zum Programm:**

**Fax-Nummer:  
030-34 33 34 199**

An  
INSTITUT FÜR TABAKENTWÖHNUNG HAVELHÖHE  
am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe  
Med. Klinik, Herz-Lungen Zentrum  
Kladower Damm 221 Hs. 24  
14089 Berlin

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Dat. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Kurs Nr. \_\_\_\_\_

Für den o.g. Kurs Tabakentwöhnung ‚Zukunft Rauchfrei‘ bitte ich um folgende Zahlungsweise:

- Ich bin Vollzahler (160,00 Euro Eigenanteil)  
(Krankenkasse: \_\_\_\_\_, VersichertenNr.: \_\_\_\_\_)
- Ich bitte um monatliche Ratenzahlung i.H.v.  EUR (max. 5 Raten)
- Ich bin GKH-Mitarbeiter
- Ich erbitte ein persönliches Gespräch wg. der Zahlungsmodalitäten

Berlin, den .....

Unterschrift  
Kursteilnehmer.....

Unterschrift  
Kursleiter.....