

Beitrittserklärung

Forschung fördern
Krankheit bewältigen
selbstbestimmt leben



**PRO RETINA
Deutschland e.V.**

Selbsthilfvereinigung von Menschen mit
Netzhautdegenerationen

PRO RETINA Deutschland e. V.
Geschäftsstelle
Vaalser Straße 108
52074 Aachen

Ich möchte Mitglied der PRO RETINA Deutschland e.V. werden:

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

PLZ/Ort _____ Straße/Hausnr. _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ich erkläre meinen Beitritt zur PRO RETINA Deutschland e.V. als

Vollmitglied (Betroffene) Vollmitglied (Eltern von betroffenen Kindern)

Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 75,-

Wichtig! Bitte tragen Sie entsprechende Angaben auf der Rückseite ein.

Vollmitglied (Angehörige betroffener Mitglieder im gleichen Haushalt (ohne Retina aktuell)

Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 30,-

Diese Option ist nur wirksam, wenn die/der Betroffene selbst Mitglied ist.

Förderndes Mitglied

Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 50,-

Fördernde Mitglieder haben kein aktives Wahlrecht.

Ich wünsche die Zeitschrift „Retina aktuell“

in Schwarzschrift auf Daisy / MP3-CD per E-Mail

Ich möchte gerne ehrenamtlich tätig werden

Ich wünsche die regelmäßige Zusendung eines Mitgliedsauweises

Ich bin auf PRO RETINA aufmerksam geworden durch (mehrfach Nennung möglich):

Ärzte/Klinik Optiker Persönliche Empfehlung

Andere Beratungsstellen Infostand Medien (TV, Zeitung, etc.)

Internet / Facebook Sonstiges _____

Ich ermächtige die PRO RETINA Deutschland e.V., meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag,

in Höhe von € _____ von meinem Konto bei der _____

BIC _____, IBAN.-Nr. _____

mittels Lastschrift einzuziehen.

Ich benötige am Jahresende eine Spendenquittung. Die PRO RETINA Deutschland e.V. ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Datum _____ Unterschrift _____

Näheres zur Diagnose

Die PRO RETINA als diagnosespezifische Selbsthilfeorganisation unterstützt die Grundlagen- und Therapieforschung. Wir haben Seminare und Informationsveranstaltungen, eigene ehrenamtliche Fachberater und patientenverständliche Informationen für verschiedene Diagnosen. In der Adressenliste der PRO RETINA („gelbe Liste“) finden Sie wichtige Ansprechpartner. Wir wollen die diagnosespezifische Arbeit weiter ausbauen und verbessern und Ihre nachfolgenden Angaben helfen uns dabei und werden vertraulich behandelt.

- Die genaue Bezeichnung der Netzhautdegeneration ist mir noch nicht bekannt.
- Ich möchte keine näheren Angaben machen

Retinitis Pigmentosa / Generalisierte Netzhauterkrankungen:

- Retinitis pigmentosa (RP)
- Atrophia gyrata
- Zapfen-Stäbchen-Dystrophie (ZSD)
- Andere: _____
- Lebersche kongenitale Amaurose (LCA)
- Chorioideremie

Altersabhängige Makuladegeneration (AMD)

- trockene Form
- feuchte Form
- unbekannt

Makuladystrophien:

- Juvenile Makuladystrophie
- Morbus Best
- Pathologische Myopie
- Andere: _____
- Morbus Stargardt
- Zapfendystrophie
- LHON
- IMT
- RCS/CCS
- HJMD

Syndromale Netzhautdystrophien (Syndrome mit Netzhautdegeneration):

- Usher-Syndrom Form: Typ 1 Typ 2 Typ 3
- Bardet-Biedl-Syndrom
- Refsum-Syndrom
- Anderes Syndrom mit Netzhautdegeneration: _____

Sonstige Netzhauterkrankungen: _____

Nur für Eltern von betroffenen Kindern oder Jugendlichen:

Geb.-Datum und Name des Kindes: _____

Hinweis: Mit der Abgabe Ihrer Beitrittserklärung ist das Einverständnis verbunden, Ihre personenbezogenen- sowie Krankheitsdaten elektronisch zu speichern und innerhalb der PRO RETINA an Personen weiterzuleiten, die eine Verpflichtungserklärung zum Datenschutz unterzeichnet haben.

Datum _____ Unterschrift _____