

## Meldung für Raucherberatung und Tabakentwöhnung

**Monat:** \_\_\_\_\_  
**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_  
**MEDI ID:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_  
 (freiwillige Angabe)

Praxisstempel

- ☐ Gruppenschulung (BG2B)
- ☐ Gruppentherapie (BG3B)
- ☐ Ich stimme der Weiterverarbeitung und Veröffentlichung der hier angegebenen Daten (Name, Adresse, freie Kapazitäten und ggf. E-Mail-Adresse) durch die MEDIVERBUND AG zu. Kapazitätsänderungen werde ich der MEDIVERBUND AG umgehend schriftlich mitteilen.

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

| Datum, Wochentag, Uhrzeit: | Anzahl Plätze: | Gruppenschulung/Gruppentherapie                                                      |
|----------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                | <input type="checkbox"/> Gruppenschulung<br><input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
|                            |                | <input type="checkbox"/> Gruppenschulung<br><input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
|                            |                | <input type="checkbox"/> Gruppenschulung<br><input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
|                            |                | <input type="checkbox"/> Gruppenschulung<br><input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
|                            |                | <input type="checkbox"/> Gruppenschulung<br><input type="checkbox"/> Gruppentherapie |

E-Mail an: [vertraege@medi-verbund.de](mailto:vertraege@medi-verbund.de)

