



### Registrierung für Lesestart 2 / Programmjahr 2024/25

(Teilnehmende: Kinder- und Jugendarztpraxen)

**Fax-Rückantwort an: 06131 28890-49**

Felder mit einem \* sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden

#### Schlüsselnummern

LANR (Lebenslange Arzt-Nr.)

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

#### U7-Angabe \*

Wie viele **U7-Vorsorgen pro Quartal** führen Sie im Durchschnitt durch?:   
(Es sind nur Zahlen zulässig und Ihre Eingabe muss zwischen 0 und 999 liegen.)

#### Praxisform \*

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis)
- Praxisgemeinschaft
- Klinik / MVZ / Gesundheitsamt

#### Mitgliedschaft im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e. V. (BVKJ) \*

- Ja, ich bin Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e. V. (BVKJ)
- Nein, ich bin kein Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e. V. (BVKJ)

#### Leseförderprojekte

Ich nehme bereits an folgendem Leseförderprojekt teil:

- Buchstart Hamburg
- Lesestart Niedersachsen

#### Praxis-/Dienstanschrift sowie Kontaktdaten

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

- Hauptpraxis
- Zweigpraxis

Name der Praxis\*

Name der Praxis Zusatz 1

Name der Praxis Zusatz 2

Frau  Herr akademischer Grad: \_\_\_\_\_

Vorname\*

Nachname\*

Straße\*

Hausnummer\*

PLZ\*

Ort\*

Telefon (mit Vorwahl)

Telefax (mit Vorwahl)

Homepage

E-Mail

#### Freigaben

- Ich bin damit einverstanden, dass meine **Praxisdaten (Vorname, Name und Anschrift der Praxis)** im Rahmen meiner Teilnahme am Programm "Lesestart 1–2–3" im Bereich "Lesestart-Finder" auf der **Internetseite [www.lesestart.de](http://www.lesestart.de)** veröffentlicht werden und für Dritte einsehbar sind.

#### Folgende zusätzliche Daten dürfen veröffentlicht werden:

- Telefon
- Telefax
- E-Mail
- Homepage

#### Datenschutz

##### WICHTIG!

- Voraussetzung zur Teilnahme:** Ja, ich habe die Informationen zum **Datenschutz** zur Kenntnis genommen.\* (Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung finden Sie unter: <https://www.lesestart.de/datenschutz>)

- Hiermit willige ich ein, dass meine Daten zur **Information über andere Projekte der Stiftung Lesen**, entsprechend den deutschen Datenschutzbestimmungen, elektronisch gespeichert und zum Zwecke der Versandabwicklung an die **Logistikpartner\*innen der Stiftung Lesen** weitergegeben werden. Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung finden Sie unter [www.stiftunglesen.de/datenschutz](http://www.stiftunglesen.de/datenschutz).
- Hiermit willige ich ein, dass meine Daten zur **Information über andere Projekte der Stiftung Lesen**, entsprechend den deutschen Datenschutzbestimmungen, elektronisch gespeichert und zum Zwecke der Versandabwicklung an die **Kooperationspartner\*innen der Stiftung Lesen** weitergegeben werden. Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung finden Sie unter [www.stiftunglesen.de/datenschutz](http://www.stiftunglesen.de/datenschutz).

Ort, Datum

Unterschrift, Praxis-Stempel