

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Millberger Weg 1
94152 Neuhaus am Inn
Tel. 08503-9149-0
Kostenfrei 0800-2255100
Fax: 08503-9149-20
www.mutter-kind-hilfswerk.de



Anmeldung zur Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur

Personalien der Kurteilnehmerin / des Kurteilnehmers

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

Email: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend

Berufstätig: ja Vollzeit Teilzeit Aushilfe
 nein

Versicherungsstatus:

 selbstversichert Familienversichert Rentner/in

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Adresse der Krankenkasse:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____

(Bitte vollständige Anschrift der Krankenkasse mit Telefonnummer angeben, da wir ansonsten keinen Antrag stellen können!)

Meine Angaben

1. Kinder

Anzahl: _____

Vorname(n)	Geburtsdatum	im Haushalt lebend
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

2. Wurden in den letzten 4 Jahren Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenkasse oder des Sozialleistungsträgers durchgeführt?

nein ja (welche?)

	1. Maßnahme	2. Maßnahme
Art (Vorsorge/Rehabilitation)		
Ort und/oder Einrichtung		
vom / bis		
Leistungsträger		

3. Was war für die Antragstellung ausschlaggebend?

- Eigene gesundheitliche Probleme
- Gesundheitliche Probleme eines Kindes
- Sonstiges: _____

4. Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate:

Name	Anschrift	Fachrichtung	in Behandlung seit:

5. Nehmen Sie Medikamente ein, die nicht ärztlich verordnet sind?

nein ja wenn ja, welche und wie oft? _____

6. Ist die Mitnahme eines oder mehrerer Kinder geplant?

nein ja, folgende(s):

Name des Kindes	Geburtsdatum:

Aus welchen Gründen ist die Mitnahme des Kindes / der Kinder geplant?

Bei welcher Krankenkasse ist das Kind / sind die Kinder krankenversichert?
(Angabe nur erforderlich, wenn das Kind / die Kinder nicht bei Ihrer Krankenkasse versichert ist / sind.)

Name des Kindes	Krankenkasse:

7. Bestehen Ihrerseits hinsichtlich der Durchführung der Maßnahme terminliche Einschränkungen?
(Bitte bedenken Sie, dass die Einrichtung Ihren Terminwunsch nur bedingt berücksichtigen kann.)

Mein Wunschtermin für die Mutter-Kind-Kur / Vater-Kind-Kur:

vom _____ bis _____

In folgenden Zeiten ist die Maßnahme aus persönlichen Gründen **nicht** möglich:

vom _____ bis _____ und

vom _____ bis _____

Haben Sie einen Wunsch bezüglich der Einrichtung?

Wichtiger Hinweis:

Sobald ein geeigneter Kurplatz reserviert wurde, ist die Anmeldung verbindlich. Sollte der angebotene Termin nicht wahrgenommen werden können, ist eine umgehende Mitteilung an das Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. erforderlich. Eine spätere Anreise bzw. vorzeitige Abreise zu dem genannten Termin ist nicht möglich. Diese Mitteilung geht Ihnen nach Kostenzusage Ihrer Krankenkasse zu.

Ich möchte, dass der Abschlussbericht an den behandelnden Arzt?

Name und Anschrift:

gesandt wird.

Der Schlussbericht enthält gegebenenfalls Angaben über die Anamnese (die Vorgeschichte der Krankheit), die jetzigen Beschwerden, den Aufnahmebefund, die Diagnostik, die therapeutischen Anwendungen und den Verlauf der Maßnahme, den Abschlussbefund und eventuell Vorschläge zur weiteren Behandlung.

Bei Rückfragen bin ich unter der Telefonnummer: _____ zu erreichen.
(Diese Angabe ist freiwillig.)

Datum _____ Unterschrift _____

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 60 SGB I und § 21 SGB X. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.