



Mutter-Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme

# Antrag

vorgesehene Fachklinik: \_\_\_\_\_

vorgesehener Termin: \_\_\_\_\_

## Daten der/des Antragstellerin / Antragstellers

Name: \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

davon im Haushalt: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

derzeitige Schwangerschaft:  ja  nein

Fam.-Stand: \_\_\_\_\_

ledig

verh.

zusammenlebend

LP

getrennt lebend

verw.

## Angaben Krankenversicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Angaben Kontaktperson

Wer soll, falls während der Kur erforderlich, benachrichtigt werden?

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Angaben teilnehmende Kinder

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

	Name, Vorname	geb. am	versichert über		
1. Kind			<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst
2. Kind			<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst
3. Kind			<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst
4. Kind			<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst

Anschrift: \_\_\_\_\_

(Krankenkasse der Kinder)

Ich bin darüber informiert worden, dass bei einer späteren Anreise alle entstehenden Kosten für mich und mein Kind bzw. meine Kinder zu meinen Lasten gehen. Das gleiche gilt auch bei einer nicht ärztlich begründeten Abreise.

Es erfolgt keine Rechtsberatung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in