



Antoniterstr. 22
53179 Bonn
Tel.: 0228/9541-0-131
Fax: 0228/9541-133

Diakonie An der Agger

Beratungsstelle:

Mutter-Kind-Kur Beratung
Auf der Brück 46
51645 Gummersbach
Tel.: 0 22 61/ 70 09 - 55
Fax: 0 22 61/ 70 09 - 59



E-Mail: muettergenesung.anderagger@dkm.de (Stempel, Telefon, Unterschrift)

Anmeldung zu einer Kur in einem anerkannten Müttergenesungsheim

Vater-Kind-Kur

Name und Ort der Einrichtung: _____
Gewünschter Kurtermin: _____

1. Personalien des Vaters

Zuname: _____ Vorname: _____
geb. am: _____ Konfession: _____
Familienstand: _____ ledig verh. verw. gesch. getr. lebend
Anschrift mit Postleitzahl: _____ Tel.: _____
Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
Adresse und Mitgl.-Nr. der KK: _____
Hausarzt mit Adresse: _____

2. Personalien der mitkurenden Kinder / des mitkurenden Kindes

a) Zuname: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
b) Zuname: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
c) Zuname: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
krankenvers. bei: _____ über Mutter / Vater/selbst: _____
Kinderarzt mit Adresse: _____

3. Personalien der Frau, falls Kinder über Mutter versichert

Zuname: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
krankenvers. bei: _____
Mitgl.-Nr. der Krankenkasse: _____

4. Sonstiges

Anzahl der Kinder: _____ Davon leben im Haushalt: _____ Alter der Kinder: _____
Besonderheiten: _____
 behindertes Kind Mutter körperbehindert
 Pflege eines schwerkranken Angehörigen
Weitere Bemerkungen und wichtige Informationen zur Kur im separaten Umschlag.

Wer soll erforderlichenfalls benachrichtigt werden: _____
Name: _____ Telefon: _____

Die o.a. personenbezogenen Daten sind zur Durchführung der Kur erforderlich. Ich erkläre mich damit einverstanden, daß sie unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an das Heim und an die Kostenträger weitergereicht werden.

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der Kur in dem oben genannten Heim an:

Datum:

Antragsteller: