

Entsendestelle:

## Meldebogen

zur Aufnahme in einer vom Deutschen Müttergenesungswerk anerkannten  
Mütter – oder Mutter/Vater – Kind – Kureinrichtung

Teilnahme, an früheren Maßnahmen:  nein  ja wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### **Personalien Mutter/Vater**

Name Vorname Geburtsname

Geburtsdatum Konfession/Familienstand Telefon

Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)

Tätigkeit Teilzeit-/Vollzeitbeschäftigung

Arbeitgeber

Krankenversichert bei (genaue Anschrift)

Wenn notwendig, soll benachrichtigt werden (Anschrift und Telefon):

### **Personalien des Ehepartners/Lebensgefährten**

Name Vorname Geburtsname

Geburtsdatum Konfession/Familienstand Telefon

Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)

Tätigkeit Teilzeit-/Vollzeitbeschäftigung

Arbeitgeber

Krankenversichert bei (genaue Anschrift)

Vor-/Zuname Mutter/Vater \_\_\_\_\_

Kind wird erwartet  ja Entbindungstermin \_\_\_\_\_  nein

Name der im Haushalt lebenden Kinder	Geb.-Datum	mit zur Maßnahme		versichert bei	
		ja	nein	Vater	Mutter
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer versorgt die Familie während der Abwesenheit der Mutter?

\_\_\_\_\_

Besonderheiten:

behindertes Kind:  ja

\_\_\_\_\_ Art der Behinderung

nein

behinderte Mutter:  ja

\_\_\_\_\_ Art der Behinderung

nein

Hiermit melde ich mich zu einer Maßnahme in einem anerkannten Haus des Müttergenesungswerkes an.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Antragstellerin

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Vermittlungsstelle