

DRK Landesverband
Sachsen-Anhalt e.V.
Kompetenzcenter Kur

Kurgebiet 1

39619 Arendsee

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)

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

Kind wird erwartet nein ja Entbindungstermin

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: nein ja

Art der Behinderung

behinderte Mutter: nein ja

Art der Behinderung

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

Datum Antragstellerin Unterschrift der Vermittlungsstelle