



Gewünschter Termin: _____ oder nächstmöglicher Termin

Bitte ankreuzen:

Attest vorhanden Kostenzusage vorhanden Kostenzusage im Widerspruch

1. Anmelderin

Nachname:	Handynummer:
Vorname:	Festnetznummer:
Geburtsdatum:	eMail:
Straße:	Krankenkasse:
PLZ, Ort:	Familienstand:
Tätigkeit:	

Ich wiege über 120 kg: ja / nein

Es liegt ein Pflegegrad vor: ja / nein wenn ja, wie welcher Grad:

Es liegt ein Schwerbehindertenausweis vor: ja / nein wenn ja, in welcher Höhe:

Ich bin in der Lage zu Fuß _____ (Angabe in km) auf unebenen Wegen (Dünen, Sand, Wald) zu gehen.

Ich habe folgende medizinisch begründete Nahrungsmittelallergien/ -unverträglichkeiten (Spuren von Allergenen können nicht hundertprozentig ausgeschlossen werden):

- Kennen Sie bereits Spiekeroog? ja / nein
- Waren Sie bereits zur Mutter-Kind-Kur? ja / nein wenn ja, wie häufig: _____
davon _____ in der Dünenklinik

2. Teilnehmende Kinder

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: (m/w/d)
Fremdbetreuungserfahrung: ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wie viele Stunden:			
Es liegt ein Pflegegrad vor: ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wie welcher Grad:			
Es liegt ein Schwerbehindertenausweis vor: ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> wenn ja, in welcher Höhe:			
Es besteht ein erhöhter Betreuungsaufwand aufgrund ...			
Ich habe folgende medizinisch begründete Nahrungsmittelallergien/ -unverträglichkeiten (Spuren von Allergenen können nicht hundertprozentig ausgeschlossen werden):			

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: (m/w/d)
Fremdbetreuungserfahrung: ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wie viele Stunden:			
Es liegt ein Pflegegrad vor: ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wie welcher Grad:			
Es liegt ein Schwerbehindertenausweis vor: ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> wenn ja, in welcher Höhe:			
Es besteht ein erhöhter Betreuungsaufwand aufgrund ...			



Ich habe folgende medizinisch begründete Nahrungsmittelallergien/ -unverträglichkeiten (Spuren von Allergenen können nicht hundertprozentig ausgeschlossen werden):

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: (m/w/d)
------------------	-----------------	----------------------	----------------------------

Fremdbetreuungserfahrung: ja / nein wenn ja, wie viele Stunden:

Es liegt ein Pflegegrad vor: ja / nein wenn ja, wie welcher Grad:

Es liegt ein Schwerbehindertenausweis vor: ja / nein wenn ja, in welcher Höhe:

Es besteht ein erhöhter Betreuungsaufwand aufgrund ...

Ich habe folgende medizinisch begründete Nahrungsmittelallergien/ -unverträglichkeiten (Spuren von Allergenen können nicht hundertprozentig ausgeschlossen werden):

3. Möchten Sie uns darüber hinaus noch etwas mitteilen?

4. ggf. Name, Anschrift und E-Mail der Kurberatungsstelle:

5. Wenn kein Platz mehr verfügbar ist, möchten Sie dann auf die Warteliste zu dem genannten Kurtermin?

ja / nein

Liegen Ihnen bereits die Atteste vor, schicken Sie uns diese bitte mit dem Anmeldeformular mit.

Sie können das Formular per E-Mail, per Fax oder postalisch schicken an:

Evangelische MutterKindKlinik Spiekeroog DÜNENKLINIK
Tranpad 16, 26474 Spiekeroog
E-Mail: verwaltung@duenenklinik.de | Telefon: 04976 917 - 0 | Fax: 0 49 76 917 - 199

Die oben angeführten personenbezogenen Daten sind zur Durchführung der Vorsorgemaßnahme erforderlich. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und nehme zur Kenntnis, dass die Datenerhebung und -speicherung für die Kurmaßnahme erforderlich ist.

Datum

Unterschrift - Antragstellerin