P L A T Z A N F R A G E

für eine Vorsorgemaßnahme in einer anerkannten Einrichtung des Müttergenesungswerks

ggf. Name, Anschrift und eMail der Kurberatungsstelle:

An die
Evangelische MutterKindKlinik Spiekeroog DÜNENKLINIK
Tranpad 16, 26474 Spiekeroog
mail: verwaltung@duenenklinik.de | fon 0 49 76 917 - 0 | fax 0 49 76 917 - 199

Mütter-Vorsorge ☒ **Mutter-Kind-Vorsorge** **GEWÜNSCHTER TERMIN**: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

1. Personalien der Frau

Name:	eMail:
Vorname:	Familienstand:
Geburtsdatum:	Konfession:
Straße:	Telefon:
PLZ, Ort:	Tätigkeit:
Mitgliedsnummer und Adresse der Krankenkasse:	

2. Personalien mitkurendes / begleitendes Kind | mitkurende / begleitende Kinder

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Krankenversichert bei (Kasse):		
über (Mutter, Vater, Selbst):		

3. Personalien Hauptversicherte - (falls Mutter und/oder Kinder familienversichert sind)

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Krankenversichert bei:		
Mitgliedsnummer der Krankenkasse		

4. Sonstiges

Anzahl der Kinder:	Davon leben im Haushalt:	Alter der / des Kinder / s:

Besonderheiten

Mutter Körperbehinderung: ja ☐ / nein ☐	Mutter Gewicht über 120 kg: ja ☐ / nein ☐	Mutter Mobilitätseinschränkungen: ja ☐ / nein ☐
Kind / er mit körperlicher Behinderung: ja ☐ / nein ☐	Kind / er mit geistiger Behinderung: ja ☐ / nein ☐	Kind / er Mobilitätseinschränkungen: ja ☐ / nein ☐

Wer soll erforderlichenfalls benachrichtigt werden:

Name:	Telefon

Die oben angeführten personenbezogenen Daten sind zur Durchführung der Vorsorgemaßnahme erforderlich. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass sie ggf. von meiner Kurberaterin (Beratungsstelle) unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an die Evangelische MutterKindKlinik Spiekeroog – DÜNENKLINIK und an den Kostenträger weitergeleitet werden.

Datum Unterschrift - Antragstellerin