



## Anmeldung

zu einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in einer anerkannten MGW-Kurklinik

Anschrift der Kurklinik \_\_\_\_\_

Gewünschter Kurtermin \_\_\_\_\_

Teilnahme an früheren Kuren? Wann - wo? \_\_\_\_\_

### 1. Personalien:

Zuname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

Wenn sollen wir für Sie im Notfall benachrichtigen? \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer/Handynummer \_\_\_\_\_

### 2. Kinder:

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ davon im Haushalt lebende Kinder \_\_\_\_\_

Alter der Kinder \_\_\_\_\_ Kind mit Behinderung  ja  nein Alter \_\_\_\_\_

Schwangerschaft liegt vor:  ja  nein voraussichtlicher Geburtstermin \_\_\_\_\_

Name der Kinder, die zur Kur mitfahren:

1. Zuname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  m  w, geb. am \_\_\_\_\_

Besucht eine  Regelschule/ -Kita/ -Kindergarten  Sonder-/Förderschule /-Kita/-Kindergarten

2. Zuname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  m  w, geb. am \_\_\_\_\_

Besucht eine  Regelschule/ -Kita/ -Kindergarten  Sonder-/Förderschule /-Kita/-Kindergarten

3. Zuname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  m  w, geb. am \_\_\_\_\_

Besucht eine  Regelschule/ -Kita/ -Kindergarten  Sonder-/Förderschule /-Kita/-Kindergarten

4. Zuname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  m  w, geb. am \_\_\_\_\_

Besucht eine  Regelschule/ -Kita/ -Kindergarten  Sonder-/Förderschule /-Kita/-Kindergarten

**3. Krankenversicherung der Kurteilnehmerin:**

Name der Kasse: \_\_\_\_\_

- selbstversichert
- familienversichert
- rentenversichert

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Name der versicherten Person: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der versicherten Person: \_\_\_\_\_

**4. Krankenversicherung der Kinder:**

Kind 1 krankenversichert über  Mutter  Vater bei \_\_\_\_\_

Kind 2 krankenversichert über  Mutter  Vater bei \_\_\_\_\_

Kind 3 krankenversichert über  Mutter  Vater bei \_\_\_\_\_

Kind 4 krankenversichert über  Mutter  Vater bei \_\_\_\_\_

**6. Besondere psychosoziale Belastungen der Kurteilnehmerin:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Besonderheiten und Risiken die wir bei Ihnen und Ihrem Kind / Ihren Kindern beachten müssen**

(z.B. Dauermedikation, ...): \_\_\_\_\_

Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeit (können nur mit ärztlichem Attest berücksichtigt werden): \_\_\_\_\_

Diät, Ernährungsform: \_\_\_\_\_

Die personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben. Mit der Weitergabe der im Meldebogen und im ärztlichen Attest angegebenen Daten an alle mit der Kur befassten Stellen bin ich einverstanden.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Antragstellerin  
Unterschrift

Anmeldung durch \_\_\_\_\_  
Beratungsstelle  
Stempel und Unterschrift