

Antrag auf eine Mütter- bzw. Mutter/Vater-Kind-Maßnahme

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Angaben der Versicherten

Name, Vorname	Geburtsdatum	KV-Nr.
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefonisch zu erreichen unter (Vorwahl / Ruf-Nr.)		
Möglicher Zeitraum : (zwischen Antragsstellung und Kurbeginn sollte ein Zeitraum von sechs Monaten nicht überschritten werden) vom _____ bis _____ bzw. im Monat _____ <u>Die Ferienzeiten sind Müttern/Vätern mit schulpflichtigen Kindern (3. und 4. Schulklasse) vorbehalten.</u>		

Kinder

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Wer soll ebenfalls teilnehmen?
1.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Rentenversicherung

Haben Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, an folgende Stelle: <input type="checkbox"/> DRV <input type="checkbox"/> _____ für _____ Jahre
Beziehen Sie eine Rente?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> EU-Rente auf Dauer <input type="checkbox"/> _____

Angaben zum Gesundheitszustand und bereits durchgeführten Behandlungen

Haben Sie innerhalb der letzten vier Jahre an einer Kurmaßnahme teilgenommen ?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____ Kostenträger: _____
Die Krankheit ist Folge eines
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfalls <input type="checkbox"/> Versorgungsleidens <input type="checkbox"/> durch Dritte verursachten Gesundheitsschadens
Sind Sie pflegebedürftig?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Pflegestufe _____

Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte die notwendigen Informationen und in Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen zur Entscheidung über meinen Antrag zur Weiterleitung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur Verfügung stellen. Ich entbinde meine behandelnden Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht gem. § 203 StGB.	
_____ Datum	_____ Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Angaben und Unterlagen werden zur Entscheidung über Ihren Antrag benötigt. Ohne diese Informationen kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden (§§ 24, 41 SGB V; §§ 60, 65, 66 SGB I).

Wenn bereits eine Beratung in einer Beratungsstelle stattgefunden hat, bitte Name der Beratungsstelle und Ansprechpartner angeben:
AWO-Kreisverband Hameln-Pyrmont e.V., Heiliggeiststr. 2, 31785 Hameln, Tel. 05151 / 94 15 60 