

Name und Anschrift der Krankenkasse:

Name und Anschrift der/des Versicherten:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
VS-Nr.: .....

**Antrag  
auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen  
nach §§ 24, 41 SGB V**

**Entsprechend dem beigefügten ärztlichen Attest beantrage ich eine stationäre Maßnahme** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Mutter-Kind-Maßnahme       Vater-Kind-Maßnahme       Mütter-Maßnahme

für mich selbst .....  
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

für mein Kind .....

für mein Kind .....

für mein Kind .....

**Grund der Maßnahme:**

Meine Gesundheitsstörungen entnehmen Sie bitte den beigefügten Unterlagen.

Meine Gesundheitsstörungen sind eine Folge

- eines Arbeitsunfalls/ einer Berufskrankheit

- ja
- nein

- eines sonstigen Unfallereignisses (z.B. Verkehrsunfall, Unfall beim Sport)

- ja
- nein

Meine Erwerbsfähigkeit ist nicht erheblich gefährdet bzw. gemindert.

**Einwilligungserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zu meiner Person und der meiner Kinder für den angegebenen Zweck und Dauer gespeichert und im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen den für meine Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme zusammen arbeitenden Stellen (Beratungsstelle, zentrale Vermittlungsstelle, Arzt, Kostenträger, Kureinrichtung) übermittelt werden.

Datum.....

Unterschrift .....