

**Mutter/Vater-Kind-Kur  
 Pflegende Angehörige**

Datum: \_\_\_\_\_

Name	Geb.-Datum:
Vorname	Konfession:
Straße	Familienstand:
Wohnort	alleinerziehend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tel./	E-Mail:
Handy:	Migrationshintergrund:
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:

 Zuzahlungsbefreiung:  Ja  Nein wird beantragt 

 Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Daten der Kinder**

Name, Vorname:	Kita: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geb.-Datum:	Klasse:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Begleitkind <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:	Therapiekind <input type="checkbox"/>
Behinderung/Pflegestufe:	

Name, Vorname:	Kita: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geb.-Datum:	Klasse:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Begleitkind <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:	Therapiekind <input type="checkbox"/>
Behinderung/Pflegestufe:	

Name, Vorname:	Kita: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geb.-Datum:	Klasse:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Begleitkind <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:	Therapiekind <input type="checkbox"/>
Behinderung/Pflegestufe:	

Letzte Kurmaßnahme: \_\_\_\_\_ ALG Bezug, Wohngeld: \_\_\_\_\_

**Ihr Ansprechpartner:**  
 kurberatung@caritas-olpe.de  
 Mobil: 0151 72513560

 EV   
 Antrag an die KK:  
 Bewilligung  
 MOBS