

**zur Mutter - Kind - Kur**  
**Mutter - Kind - Klinik "Godetiet", 18225 Kühlungsborn, Waldstr. 1a**  
**Telefon: 038293 / 7127      Telefax: 038293 / 16394**

**Kur - Zeit:**

**PERSONALIEN DER MUTTER**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geb.-name:	Familienstand:	Anzahl der Kinder:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Telefon):		
Name und Anschrift der Krankenkasse (mit PLZ u. Tel.-Nr.):		
Selbstversichert:	Versichertennummer:	
familienversichert:	Name des Versicherten:	Geb.-datum:
erlernter Beruf:		
jetzige Tätigkeit:		

**PERSONALIEN DER TEILNEHMENDEN KINDER**

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Versichertennummer:	versichert über:
1. Kind			Vater:      Mutter:      selbst:
2. Kind			Vater:      Mutter:      selbst:
3. Kind			Vater:      Mutter:      selbst:
4. Kind			Vater:      Mutter:      selbst:

Name und Anschrift der Krankenkasse (mit PLZ u. Tel.-Nr.):

Name des Vaters: \_\_\_\_\_      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Sonstige Bemerkungen und Hinweise:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift