

# Datenblatt für Teilnehmerinnen des Rückbildungskurses

Hinweis: die Daten werden lediglich für die Abrechnung der Kursgebühren mit Ihnen/ Ihrer Krankenkasse genutzt – weitere Informationen finden Sie in der Datenschutzerklärung, die Sie mit der Kursanmeldung zusammen erhalten.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburt:                      vaginal            per Kaiserschnitt     

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Gesetzlich                                            Privat     

Versicherungsnummer (IK): \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Hinweis: beide Nummern finden Sie auf der Vorderseite Ihrer Versichertenkarte

Teilnahme ohne Erstattung durch die Krankenkasse:                     

Die Hebamme darf mich per Mail oder Telefon kontaktieren um mir Informationen rund um den Rückbildungskurs zukommen zu lassen.

Ja                                                            Nein                     

Die Anmeldung zum Rückbildungskurs möchte ich erhalten:

Per Post                                                            per Mail                     

---

Ort, Datum

Unterschrift