

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

## Selbstauskunft zu Kur/Rehabilitation

### Angaben zur versicherten Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Aufenthalt

Beginn/Ende der Maßnahme: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| Art der Unterbringung:                 | Art der Kur-/Rehabilitationsmaßnahme:                        |
| <input type="checkbox"/> Ambulant      | <input type="checkbox"/> Kur                                 |
| <input type="checkbox"/> Teilstationär | <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur |
| <input type="checkbox"/> Stationär     | <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation         |

**Wichtig:** Um Ihren Antrag prüfen zu können, werden alle medizinischen Unterlagen benötigt, denen Informationen für die zuvor gemachten Angaben entnommen wurden. Bitte legen Sie Kopien dieser Unterlagen Ihrem Antrag bei. Vielen Dank.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift