



Reif für eine Kur?

Mütter und Väter haben alle vier Jahre Anspruch auf eine Kur - mit oder ohne Kinder.

Was brauchen Sie dafür:

-Ärztliche Verordnung 64 Teil A für Mutter oder Vater

-Ärztliche Verordnung 65 (wenn Ihr/e Kind/er nicht nur als Begleitkind/er mitfahren, sondern auch behandelt werden soll/en)

Muster der Verordnungen sind hier abgebildet:

The image shows two medical forms side-by-side. The left form is titled 'Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V' (64 Teil A). It includes a header with 'Krankenkasse Eine-Kolbenflügel' and 'Name, Vorname des Versicherten'. Below this is a section 'I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen' with sub-sections A, B, and C. Section A asks for symptoms, B for diseases, and C for context factors. The right form is titled 'Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V' (65). It has a similar header and a section 'I. Kurze Angaben zur Anamnese' followed by 'II. Vorliegende Gesundheitsprobleme' with sub-sections A, B, and C. Both forms have a 'MUSTER' watermark and a footer with 'Ausfertigung für die Krankenkasse' and 'Muster 64 Aa (10.2016)' or 'Muster 65a (10.2016)'. There are also checkboxes for 'Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig' and 'Ausstellungsdatum'.

Können wir Sie bei der Beantragung einer Kur unterstützen?

Dann füllen Sie bitte das unten aufgeführte Anmeldeformular aus und senden Sie es mit den ärztlichen Attesten an folgende Adresse:

DFV Berlin e.V., Wallenroder Str. 1, 13435 Berlin

Haben Sie noch Fragen zum Attest oder zur Antragstellung?

Sie erreichen uns per Mail: kurberatung@dfv-berlin.de oder telefonisch unter 030 /453 001 -0

Nach Eingang Ihrer Unterlagen melden wir uns zeitnah bei Ihnen.

Zusätzlich können Sie bei uns einen **Zuschuss zur Kur** beantragen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.



Anmeldung zur stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme für Mutter / Vater und Kind

(bitte auszufüllen)

Familie: _____ Straße / Hausnr: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Zustimmung für die Zusendung von Infomaterial: Ja, Post Ja, Mail Nein

Teilnehmer:

Vorname

Geb. Datum

Beruf/Kita/Schule

Mutter / Vater: _____

1. Kind: _____

2. Kind: _____

3. Kind: _____

Krankenkasse Mutter / Vater: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

KV-Nr: _____ KV-Nr. der Kinder: _____

Bei der Antragstellung und einer eventuellen späteren Nachsorge möchte ich im Rahmen der therapeutischen Kette die Unterstützung der örtlichen Beratungsstelle vom Müttergenesungswerk des DFV Berlin in Anspruch nehmen.

Ich bin mit der Speicherung und Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten und denen meines Kindes / meiner Kinder einverstanden, soweit sie benötigt werden, um bei öffentlichen Kostenträgern wie Krankenkasse, Sozialamt etc. die Kurfinanzierung sicherzustellen.

Ferner bin ich einverstanden, dass die von mir eingereichten Atteste von der Vermittlungsstelle an die für die Durchführung der Kur erforderlichen Stellen wie Krankenkasse, Sozialamt, Heimträger, Kurverwaltung, Kurhaus etc. weitergeleitet werden. Gleiches gilt für die nach Kurabschluss erstellten ärztlichen Abschlussberichte über mich und mein/e Kind/er. Vorsorglich entbinde ich auch die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst sowie alle mich in diesem Zusammenhang untersuchenden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Beratungsstelle vom Müttergenesungswerk des DFV Berlin.

Es ist mir bekannt, dass die Mutter / der Vater grundsätzlich nicht aus der Verantwortung für Ihre Kinder entlassen ist und Kinder bis zu 3 Jahren nur begrenzt beaufsichtigt werden können.

Datum: _____

Unterschrift: _____

(wird vom Deutschen Familienverband, Landesverband Berlin e. V. ausgefüllt)

Kurhaus: _____ vom: _____ bis: _____

Kurort: _____ MGW Zuschuss:



Fragebogen zur stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme:



Familie: _____

Waren Sie in den letzten 4 Jahren zur Kur? Ja / Nein

wenn ja, von: _____ bis _____ in _____

verheiratet

alleinerziehend

getrennt lebend

berufstätig

nicht berufstätig

Schwangerschaft

Schwerbehinderung

Warum möchten Sie eine Mutter-Kind-Kur machen (Grund/Indikation)?

Gibt es Besonderheiten, die uns zur besseren Kurvermittlung bekannt sein sollten?

Was versprechen Sie sich von einer Kur (Erwartung/Ziele)?

Wunschzeitraum?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
