

Auf Seite 2 ersehen Sie unseren Antrag für eine Mutter/Vater-Kind-Kur.

1. Bitte füllen Sie den „**Kurantrag des Versicherten**“ aus und senden Sie diesen zusammen mit den folgenden Unterlagen zurück an die Bertelsmann BKK.
2. Ergänzend benötigen wir eine „**Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter**“ (Muster 64) oder eine „**Verordnung von medizinischer Rehabilitation**“ (Muster 61 Teil B-D), die Sie bei Ihrem Arzt bekommen.
3. Sofern Sie in den letzten vier Jahren bereits eine Mutter/Vater-Kind-Kur durchgeführt haben, benötigen wir den **Entlassungsbericht**. Bitte fordern Sie diesen ebenfalls bei Ihrem Arzt an.
4. Benötigt Ihr **Kind** während der Kur eine Behandlung, bedarf dies ebenso einer Verordnung durch einen Arzt (Muster 65).
5. Wenn Sie uns alle Unterlagen gesammelt eingereicht haben, haben wir die medizinische Notwendigkeit der Kur durch den **Medizinischen Dienst** beurteilen zu lassen. Anschließend setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung.

Den Katalog mit unseren **Partnereinrichtungen** für Mutter/Vater-Kind-Kuren finden Sie auf unserer Homepage unter www.bertelsmann-bkk.de/leistungen/fuer-familien/mutter-kind-kuren.

Für die Kliniksuche und Terminvereinbarung leiten wir Ihre Unterlagen grundsätzlich an den Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen weiter.

Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung Ihres Antrags ca. 12 Wochen dauern kann.

Gerne können Sie sich auch selbst eine Klinik aussuchen und mit dieser einen Termin für die Aufnahme vereinbaren. Bitte teilen Sie uns in diesem Fall den geplanten Zeitraum sowie die IK-Nummer der Einrichtung mit.

Bitte bestätigen Sie auf dem beigefügten Antrag, ob Sie eine Weiterleitung an den Gesundheitsservice wünschen oder sich selbst eine Klinik suchen.

Haben Sie Fragen zu diesem Antrag? Die Kundenberater unseres Service-Centers beantworten sie gerne.

Freundliche Grüße

Ihre Bertelsmann BKK
Service-Team Leistungen

Bertelsmann BKK
Kranken- und Pflegeversicherung
Carl-Miele-Str. 214
33311 Gütersloh
IK 103 725 342

Montag bis Freitag 8:00 - 17:00 Uhr
Fon +49 (0)5241 80-74000
Fax +49 (0)5241 80-74140
service@bertelsmann-bkk.de
www.bertelsmann-bkk.de

Bankverbindung
Commerzbank AG
IBAN DE73 4784 0065 0158 0950 00
Sparkasse Gütersloh
IBAN DE66 4785 0065 0001 2312 32

Datenschutzhinweis: Der Schutz Ihrer Daten genießt bei uns höchste Priorität. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz. Für eine Zusendung per Post rufen Sie uns bitte an.

Auf Grundlage beigefügter ärztlicher Bescheinigung beantrage ich eine Mutter/Vater-Kind-Kur.

A) MEINE ANGABEN

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	Krankenversichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	E-Mail Adresse (freiwillige Angabe)
<input type="radio"/> als Mitglied selbstversichert	<input type="radio"/> familienversichert durch <input type="text"/>
Waren Sie innerhalb der letzten vier Jahre bei einer anderen Krankenkasse versichert?	
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, bei <input type="text"/>
Krankenkasse, Ort	

B) TEILNEHMENDE KINDER

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Therapiebedürftig*
Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Therapiebedürftig*
Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Therapiebedürftig*
Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Therapiebedürftig*
Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	

*Hierzu bedarf es einer ärztlichen Verordnung (Muster 65)

C) GEWÜNSCHTER ZEITRAUM

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewünschter Zeitraum	Gewünschte Klinik

ICH HABE INNERHALB DER LETZTEN VIER JAHRE EINE KUR DURCHGEFÜHRT:

<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		vom	bis	in	Kostenträger

Bitte fügen Sie den damaligen Entlassungsbericht bei. Diesen erhalten Sie bei Ihrem Arzt.

- Ich suche mir selbst eine Einrichtung aus und vereinbare einen Termin mit dieser.
- Ich bin damit einverstanden, dass die notwendigen Unterlagen an den Gesundheitsservice der Betriebskrankenkassen bzw. an die Klinik weitergeleitet werden.

<input type="text"/>
Datum, Unterschrift des/der Versicherten