

## Kurs „WIR WERDEN ELTERN“

Verbindliche Anmeldung (bitte in Druckschrift ausfüllen)

---

An  
die Kursleiterin/den Kursleiter

Frau/Herr \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Name Straße Postleitzahl Wohnort

Hiermit melde ich mich/melden wir uns bei der vorstehenden Kursleitung verbindlich zum Kurs „WIR WERDEN ELTERN“ an. Die Kosten für den Kurs betragen 75 € je Paar oder EinzelteilnehmerIn. Hiervon sind 15 Euro bei Kursbeginn bei der Kursleitung zu bezahlen.

### Kurs:

in:	vom:	bis:
-----	------	------

### TeilnehmerInnendaten:

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:

### Anschrift:

Straße:	PLZ Ort:
Telefon	

### Krankenversicherung\*:

Krankenkasse:	Geschäftsstelle:
Versicherungsnummer:	

Einige Krankenkassen haben bereits die Zusage über eine Bezuschussung über einen Betrag von 60 € gegeben. Sollte von meiner/unser Krankenkasse ein solcher Zuschuss gewährt werden, erkläre/n ich/wir unwiderruflich, dass meine/unsere Ansprüche gegenüber meiner/unserer Kasse in Höhe von 60 € von der Kasse auf das Sonderkonto der Bürgerstiftung Varel und Friesische Wehde bei der Raiffeisen-Volksbank Varel-Nordenham, Konto-Nr. 16 17 18 401, Bankleitzahl 282 626 73, zur Weiterleitung an die jeweilige Kursleitung, zu überweisen sind.

Falls Ihre Krankenkasse den Kurs nicht bezuschusst, muss die Restsumme (60 €) spätestens bis zum Ende des Kurses bei der Kursleitung bezahlt werden.

Ich versichere, dass ich/wir bei der genannten Krankenkasse versichert bin.

Ort, Datum:

Unterschrift(en):

--

\* Die Angaben zur Versicherung sind notwendig um mit den Kassen abrechnen zu können. Bitte auch die zuständige Geschäftsstelle angeben.

**Anschrift Ihrer Krankenkasse:**

**Absender:**

**Ihre Versicherungsnummer:**

## **Kostenübernahmeantrag**

Sehr geehrte Damen,  
sehr geehrte Herren,  
in Varel und der Friesischen Wehde können Elternpaare und Alleinerziehende an einem Präventionskurs „WIR WERDEN ELTERN“ teilnehmen.  
Der Kurs soll die Vorbereitung auf das Elternsein unterstützen.

Durch folgende Krankenkassen findet eine Kostenübernahme statt bzw. liegen uns Zusagen vor:

- **DAK Niedersachsen**
- **TKK**
- **BARMER**

Bitte dieses Formular nur dann ausfüllen, wenn Ihre Versicherung noch nicht aufgelistet ist.

Der Kurs kostet pro Paar oder EinzelteilnehmerIn 75 €, davon wird ein Eigenanteil von 15 € bei Kursbeginn fällig.

**Wir bitten umgehend um eine schriftliche Zusage\*, ob auch Sie die Kostenübernahme für Ihre im Absender genannte versicherte Person in Höhe von 60,00 EUR gewährleisten. Die Abrechnung erfolgt nach Beendigung des Kurses.**

Mit freundlichen Grüßen  
gez. St. Johannes Hospital Varel

\* Senden an: St. Johannes Hospital 26316Varel, Bleichenpfad 9, Praxis Dr. Reiche Tel: 04451/920 258

## **Hinweise:**

Das Projekt „WIR WERDEN ELTERN“ in Varel und der Friesischen Wehde wird von folgenden Krankenkassen unterstützt:

- **DAK Niedersachsen**
- **TKK**
- **BARMER**

Der Kreis der Kassen, die sich mit einem Kostenanteil beteiligen, erweitert sich inzwischen ständig.

Sollte Ihre Kasse nicht gelistet sein, so wenden Sie sich bitte an diese und fragen an, ob auch Ihre Kasse sich an den Kosten beteiligt. Dabei sind wir Ihnen gerne behilflich.

Bitte schicken Sie eine Kopie Ihres Schreibens auch an uns, oft werden wir von den jeweiligen Kassen angerufen und um weitere Auskünfte gebeten\*.

**Wir sind auch gerne bereit, Ihren Antrag unmittelbar an Ihre Versicherung zu schicken. Dazu senden Sie uns das Original und wir leiten Ihre Anfrage dann an die Kasse weiter.**

Sollte Ihre Kasse eine Beteiligung ablehnen, so teilen Sie uns das bitte mit. Nennen Sie uns dabei die Krankenkasse, Ihre Versicherungsnummer und einen Ansprechpartner/eine Ansprechpartnerin mit Telefonnummer.

\*Senden an: St. Johannes Hospital 26316 Varel, Bleichenpfad 9, Praxis Dr. Reiche Tel: 04451/920 258