

Anschrift Krankenkasse:

Wunsch- und Wahlrecht entsprechend § 9(1) Sozialgesetzbuch IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Patient möchte ich hiermit von meinem Wunsch- und Wahlrecht, entsprechend § 9(1) Sozialgesetzbuch IX Gebrauch machen.

Ich wünsche, die vorgesehene Mutter/Vater-Kind Kur in der

KLINIK AM ZAUBERWALD
Fachklinik für Mutter und Kind
Schelmenhecke 1
72178 Waldachtal
durchführen zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Angaben der Mutter/Vater:

Vor- /Nachname:

Geb.dat.:

Anschrift:

Krankenkasse:

Angaben des Kindes/der Kinder:

Vor-/Nachname:

Geb.dat.:

Begleitkind

Kurkind

Vor-/Nachname

Geb.dat.:

Begleitkind

Kurkind

Vor-/Nachname:

Geb.dat.:

Begleitkind

Kurkind

*Die Klinik am Zauberwald
ist telefonisch unter der
Nummer 07443/932-0 zu
erreichen.*