

Anmeldung zur Rückbildungsgymnastik nach der Geburt (ohne Kind)

Anmeldung Schritt 1: Telefonische Anmeldung im Kreißsaal unter (0203) 755 – 1254

Anmeldung Schritt 2: Verbindliche Anmeldung über den Anmeldecoupon unten innerhalb von 10 Tagen.

Nach den Anstrengungen von Schwangerschaft und Geburt zielt der Rückbildungsgymnastik-Kurs darauf ab, die Muskulatur des gesamten Körpers, insbesondere aber die des Beckenbodens durch gymnastische Übungen zu stärken und zu kräftigen. Mit der Abgabe des unterschriebenen Anmeldeformulars melden Sie sich verbindlich für den gesamten Kurs an, der aufeinander aufbauende Kursabende umfasst. Die Hebammengebührenverordnung sieht (unter Nr.2700) 10 Stunden Rückbildungsgymnastik für jede entbundene Frau vor, sodass Sie bei unserer Elternschule zwei abgeschlossenen Rückbildungsgymnastikkurse belegen können (diese 10 Stunden müssen bis zur Vollendung des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen sein). Die Kursgebühren werden bei gesetzlich versicherten Frauen direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Versäumte Stunden werden der Kursteilnehmerin privat in Rechnung gestellt. Privatversicherte Frauen bekommen die Privatrechnung nach Hause geschickt und müssen sie, wie üblich selbst bei ihrer Versicherung einreichen.

Bitte tragen Sie selbst dafür Sorge, dass Sie die offen ausliegenden Versichertenbestätigungen an jedem Kursabend unterzeichnen, um eventuelle Missverständnisse bezüglich Ihrer Anwesenheit zu vermeiden. Der Eigenanteil muss grundsätzlich selbst gezahlt werden und wird nicht von der Krankenkasse übernommen.

Bitte bringen Sie zur ersten Kursstunde bequeme Kleidung, Stopper-Socken, Handtuch, Getränk, Versichertenkarte und den Eigenanteil von 15 Euro mit.

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für den folgenden Rückbildungsgymnastikkurs an und bin mit den Teilnahmebedingungen einverstanden.

Kursdatum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Name der Krankenkasse / Zweigstelle: _____

Kassennummer: _____

Karte gültig bis: _____

Versichertennummer: _____

Status: _____

Ort, Datum

Unterschrift