

Aqua fit postpartal / Rückbildung im Wasser

Anmeldung

Schritt 1: Telefonische Anmeldung über den Kreißsaal (0203) 755-1254

Schritt 2: Verbindliche Anmeldung über das Anmeldeformular innerhalb der nächsten 7 Tage. Erst bei Eingang der Anmeldung im Kreißsaal ist der Kursplatz fest reserviert/ gebucht, ansonsten wird der Platz nach 7 Tagen wieder weiter vergeben.

Durch gezieltes Beckenboden-, Muskel- und Ausdauertraining verbessert sich das Körperbewusstsein und Verspannungen werden gelöst und das bei powervoller Musik!

Dies ist ein geschlossener Kurs, es können keine verpassten Termine aus vorherigen Kursen nachgeholt werden.

Mit Abgabe des unterschriebenen Anmeldecoupons melden Sie sich verbindlich für den gesamten Kurs über 10 x 60Min. Rückbildung im Wasser an. Die Hebammengebührenverordnung sieht 10 Stunden für jede entbundene Frau vor. Vorausgesetzt, der Kurs gilt innerhalb von 9 Monaten nach Geburt als abgeschlossen.

KOSTENINFORMATION

1. **Beim Erstkurs nach Geburt:** Eigenanteil für ALLE Kursteilnehmerinnen: 80,-Euro. Die Stunden werden nach Abschluss des Kurses mit der jeweiligen Krankenkasse der Kursteilnehmerin abgerechnet, dies gilt auch für privat versicherte Frauen (nach dem üblichen Satz).
2. **zweiten Rückbildungskurs nach Geburt:** voller Betrag in Eigenleistung.
3. Aus abrechnungstechnischen Gründen können absolvierte Rückbildungsstunden aus anderen Rückbildungskursen nicht verrechnet werden.
4. Versäumte Stunden werden von der Kursteilnehmerin selbst bezahlt.
5. Der Eigenanteil muss grundsätzlich selbst gezahlt werden und ist bei der Krankenkasse in der Regel nicht erstattungsfähig.
6. Nach Anmeldung ist eine Kündigung bis 4 Wochen vor Kursbeginn möglich.
7. Die Kursgebühr ist in der 1.Kursstunde bar zu entrichten.

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Aqua Rückbildungskurs vom _____ bis _____ an.

Ich erkläre mich mit allen Vertragsbedingungen einverstanden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name und Geburtsdatum des Kindes:

Errechneter Geburtstermin:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefonnummer:

Name der Krankenkasse / Zweigstelle:

Kassennummer:

Karte gültig bis:

Versichertennummer:

Status:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____