

# ADS – GRENZFRIEDENSBUND e. V. Arbeitsgemeinschaft Deutsches Schleswig

24937 Flensburg, Marienkirchhof 6 (Norderhaus) - 24901 Flensburg, Postfach 1127  
Internet: www.ads-flensburg.de. - Email: info@ads-flensburg.de  
Telefon 04 61 / 86 93 – 0 – Telefax 04 61 / 86 93 – 20



## ANMELDUNG

zu einer stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

### 1. Personalien der Mutter:

Vorname: \_\_\_\_\_ Zuname: \_\_\_\_\_ geborene: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Bitte unbedingt vollständige Anschrift angeben, da sonst keine Bearbeitung möglich!**

( ) selbstversichert ( ) familienversichert: über

wen? \_\_\_\_\_

### 2. Personalien der teilnehmenden Kinder:

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ versichert über:  
1. Kind \_\_\_\_\_ Vater ( ) Mutter ( ) selbst ( )

2. Kind \_\_\_\_\_ Vater ( ) Mutter ( ) selbst ( )

3. Kind \_\_\_\_\_ Vater ( ) Mutter ( ) selbst ( )

4. Kind \_\_\_\_\_ Vater ( ) Mutter ( ) selbst ( )

Name und Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Bitte unbedingt vollständige Anschrift angeben, da sonst keine Bearbeitung möglich!**

Für welches Kind ist ein Gitterbett erforderlich? \_\_\_\_\_

### 3. Falls noch weitere Kinder in der Familie leben, bitte angeben:

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

bitte wenden Seite -2 -

Bankkonten:  
HypoVereinsbank AG (BLZ 200 300 00) Kto.-Nr. 80 009 407  
Flensburger Sparkasse (BLZ 215 500 50) Kto.-Nr. 285 250  
Nord-Ostsee Sparkasse (BLZ 217 500 00) Kto.-Nr. 82 988

VR Bank FL-SL (BLZ 216 617 19) Kto.-Nr. 430 02 62  
Deutsche Bank (BLZ 215 700 24) Kto.-Nr. 418 75 55 00  
Commerzbank (BLZ 215 400 60) Kto.-Nr. 268 71 76 00



