

# Anmeldebogen ( GVB- KURS )

Familiennamē \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ihre Frauenärztin \_\_\_\_\_

Errechnerter Geburtstermin des Kindes \_\_\_\_\_

Wie viele Geburt \_\_\_\_\_ wie viele Schwangerschaft \_\_\_\_\_

Besonderheiten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datenschutz:** Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten, die für die Abrechnung relevant sind ( Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Kassenummer und Versichertennummer, sowie das Geburtsdatum des Kindes ) von der Hebamme Hilde Burgert, an das Deutsche Medizinrechenzentrum GmbH und von der Hebamme Annette Frick-Binder an das Heb Rech Abrechnungsprogramm, weitergegeben werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_