

Anmeldung

Hiermit melde ich mich

Name

Straße

PLZ

Stadt

Tel.

Geburtsdatum

errechneter Termin

betreuende Hebamme

Kasse

Kassennummer

Versicherten Nr.

Und meinen Partner

Name

zum Kurs **Geburtsvorbereitung**

im Geburtshaus Mandala

Wiesenstr.68

46535 Dinslaken **an.**

Kursbeginn _____ Uhr

Dauer 5 Einheiten

á 120 Min.

Kursgebühr: 80,- € /Partnergebühr 80,-€

Die Anmeldung ist verbindlich.

Abmeldungen bis 4 Wochen vor Kursbeginn bleiben kostenfrei.

Bei Abmeldungen zu einem späteren Zeitpunkt fallen die kompletten Kursgebühren an, wenn kein Ersatzteilnehmer gefunden wird.

Für alle in Anspruch genommenen Kursstunden erstatten wir ihnen die Gebühr am Ende des Kurses. Für die restlichen Kursstunden behalten wir 8,-€ pro Zeitstunde ein, da die Krankenkasse nur die von Ihnen wahrgenommen Stunden bezahlt.

Das betrifft nicht den Partneranteil. Ob die Gebühr für ihren Partner erstattet wird erfragen sie bitte bei ihrer Kasse. Wir erstellen Ihnen auf Wunsch eine Quittung.

Datum

Unterschrift

Die Kursgebühr entrichten sie bitte im Geburtshaus

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme der Nutzung meiner Daten zu.

Unterschrift

Zur Erinnerung:

Der **Geburtsvorbereitungskurs** beginnt am _____

Bitte denken Sie an die Kursgebühr von 80,-€pro Person.



Bitte bequeme Kleidung und evtl. Stoppersocken mitbringen.

Bitte diesen Teil zur Erinnerung abtrennen!

Sollten Sie verhindert sein rufen Sie bitte an: Tel. 02064/ 770658

Weitere Informationen zum Kurs findet Ihr unter www.hebammenpraxis-mandala.de

Anmeldung

Hiermit melde ich mich

Name

Straße

PLZ

Stadt

Tel.

Geburtsdatum

errechneter Termin

betreuende Hebamme

Kasse

Kassennummer

Versicherten Nr.

Und meinen Partner

Name

zum Kurs Geburtsvorbereitung

im Geburtshaus Mandala

Wiesenstr.68

46535 Dinslaken **an.**

Wochenendkurs am _____ / _____

Freitag 18.00-21.00

Samstag 10.00-13.00

Dauer 2 Einheiten á 180 Min.

Kursgebühr: 50,- € /Partnergebühr 50,-€

Die Anmeldung ist verbindlich.

Abmeldungen bis 4 Wochen vor Kursbeginn bleiben kostenfrei.

Bei Abmeldungen zu einem späteren Zeitpunkt fallen die kompletten Kursgebühren an, wenn kein Ersatzteilnehmer gefunden wird.

Für alle in Anspruch genommenen Kursstunden erstatten wir ihnen die Gebühr am Ende des Kurses. Für die restlichen Kursstunden behalten wir 8,-€ pro Zeitstunde ein, da die Krankenkasse nur die von Ihnen wahrgenommen Stunden bezahlt.

Das betrifft nicht den Partneranteil. Ob die Gebühr für ihren Partner erstattet wird erfragen sie bitte bei ihrer Kasse. Wir erstellen Ihnen auf Wunsch eine Quittung.

Datum Unterschrift

Die Kursgebühr entrichten sie bitte im Geburtshaus

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme der Nutzung meiner Daten zu.

Unterschrift

Zur Erinnerung /

Geburtsvorbereitung am Wochenende

Kursdatum _____ / _____

Bitte denken Sie an die Kursgebühr von 50,-€pro Person.



Bitte bequeme Kleidung und evtl. Stoppersocken mitbringen.

Bitte diesen Teil zur Erinnerung abtrennen!

*Sollten Sie verhindert sein rufen Sie bitte an:
Tel. 02064/ 770658*

Weitere Informationen zum Kurs findet Ihr unter www.hebammenpraxis-mandala.de

Anmeldung

Hiermit melde ich mich

Name

Straße

PLZ

Stadt

Tel.

Errechneter Geburtstermin

Betreuende Hebamme

zum Kurs

„Fit in der Schwangerschaft“ an

im Geburtshaus Mandala

Wiesenstr.68

46535 Dinslaken

Kursbeginn _____ Uhr

**Dauer 8 Einheiten
á 60 Min.**

Kursgebühr : 50,- €

Die Anmeldung ist verbindlich.

Abmeldungen bis 4 Wochen vor
Kursbeginn bleiben kostenfrei.

**Bei Abmeldungen zu einem späteren
Zeitpunkt fallen die kompletten
Kursgebühren an, wenn kein
Ersatzteilnehmer gefunden wird.**

Im Anschluss an den Kurs erhalten sie
eine Teilnahmebestätigung.
Einige Krankenkassen erstatten die
Kursgebühren.

Datum

Unterschrift

Die Kursgebühr von **50,-€**
entrichten sie bitte im Geburtshaus

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und
stimme der Nutzung meiner Daten zu.

Unterschrift

Zur Erinnerung:

Der Kurs
„Fit in der Schwangerschaft“
beginnt am _____

Bitte denken Sie an die
Kursgebühr von 50,-€.



Bitte bequeme Kleidung und evtl.
Stoppersocken mitbringen.

Bitte diesen Teil zur Erinnerung abtrennen!

*Sollten Sie verhindert sein rufen Sie bitte
an: Tel. 02064/ 770658*

*Weitere Informationen zum Kurs findet Ihr
unter www.hebammenpraxis-mandala.de*

Anmeldung

Hiermit melde ich mich

Name

Kind (Name und Geb.-Datum)

Straße

Wohnort

Telefon

E-Mail

Betreuende Hebamme
zum Kurs an:

- Spielgruppe
- Geschwisterkurs
- Babykost selbst gemacht
- Rund ums Baby
- PEKiP
- Babymassage für Väter
- Babymassage
- Erste Hilfe beim Kind

Kursbeginn: _____ Uhr

Dauer: _____ Einheiten

Kursgebühr: _____ €

Die Anmeldung ist verbindlich.

Die Kursgebühr ist spätestens 4 Wochen vor Kursbeginn zu entrichten. Abmeldungen bis 4 Wochen vor Kursbeginn bleiben kostenfrei.

Bei Abmeldungen zu einem späteren Zeitpunkt fallen die kompletten Gebühren an, wenn kein Ersatzteilnehmer gefunden wird.

Datum

Unterschrift

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme der Nutzung meiner Daten zu.

Unterschrift

Die entsprechende Kursgebühr entrichten sie bitte im Geburtshaus

Zur Erinnerung:

Der Kurs

- Spielgruppe
- Geschwisterkurs
- Babykost selbst gemacht
- Rund ums Baby
- PEKiP
- Babymassage für Väter
- Babymassage
- Erste Hilfe beim Kind

beginnt am _____ um _____ Uhr

Kursgebühr: _____ €

Infos und Kontakt:
Geburtshaus Mandala, Wiesenstr. 68,
46535 Dinslaken, Tel. 02064/770658

Weitere Informationen zum Kurs findet Ihr unter www.hebammenpraxis-mandala.de

Anmeldung

Hiermit melde ich mich

Name

Straße

PLZ

Stadt

Tel.

Geburtsdatum

Geburtstag Kind

betreuende Hebamme

Kasse

Kassennummer

Versicherten Nr.

Rückbildungsgymnastik an

im Geburtshaus Mandala

Wiesenstr.68

46535 Dinslaken

Kursbeginn _____ Uhr

**Dauer 6 Einheiten
á 90 Min.**

Kursgebühr : 80,- €

Die Anmeldung ist verbindlich.

Abmeldungen bis 4 Wochen vor Kursbeginn
bleiben kostenfrei.

**Bei Abmeldungen zu einem späteren
Zeitpunkt fallen die kompletten
Kursgebühren an, wenn kein
Ersatzteilnehmer gefunden wird.**

Für alle in Anspruch genommenen
Kursstunden erstatten wir ihnen die Gebühr
am Ende des Kurses. Für die restlichen
Kursstunden behalten wir 12,-€ pro Einheit
ein, da die
Krankenkasse nur die von Ihnen
wahrgenommen Stunden bezahlt.

Verpasste Stunden können nicht nachgeholt
werden.

Datum

Unterschrift

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und
stimme der Nutzung meiner Daten zu.

Unterschrift

Die Kautions von 80,-€
entrichten sie bitte im Geburtshaus

Zur Erinnerung:

Der **Rückbildungskurs**
beginnt am _____ Uhr

Denken sie bitte an die
Kautions von 80,-€



Bitte bequeme Kleidung und evtl.
Stoppersocken mitbringen.

Bitte diesen Teil zur Erinnerung abtrennen!

*Sollten Sie verhindert sein rufen Sie bitte an:
Tel. 02064/ 770658*

*Weitere Informationen zum Kurs findet Ihr
unter www.hebammenpraxis-mandala.de*

Anmeldung

Hiermit melde ich mich

_____ Name

_____ Straße

_____ PLZ Stadt

_____ Tel.

_____ Errechneter Geburtstermin

_____ Betreuende Hebamme

zum Kurs

„Endspurt“ an

im Geburtshaus Mandala
Wiesenstr.68
46535 Dinslaken

Kursbeginn _____ Uhr

**Dauer 4 Einheiten
á 60 Min.**

Kursgebühr : 40,- €

Die Anmeldung ist verbindlich.

Abmeldungen bis 4 Wochen vor Kursbeginn bleiben kostenfrei.

Bei Abmeldungen zu einem späteren Zeitpunkt fallen die kompletten Kursgebühren an, wenn kein Ersatzteilnehmer gefunden wird.

Im Anschluss an den Kurs erhalten sie eine Teilnahmebestätigung.
Einige Krankenkassen erstatten die Kursgebühren.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Die Kursgebühr von **40,-€**
entrichten sie bitte im Geburtshaus

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme der Nutzung meiner Daten zu.

_____ Unterschrift

Zur Erinnerung:

Der Kurs „Endspurt“

beginnt am _____

Bitte denken Sie an die Kursgebühr von 40,-€.



Bitte bequeme Kleidung und evtl. Stoppersocken mitbringen.

Bitte diesen Teil zur Erinnerung abtrennen!

*Sollten Sie verhindert sein rufen Sie bitte an:
Tel. 02064/ 770658*

Weitere Informationen zum Kurs findet Ihr unter www.hebammenpraxis-mandala.de