



Datum _____ Rehabilitationsmaßnahme _____

Kontakt

Familie: _____ Tel.: _____
Straße: _____ Mobil: _____
Ort: _____ Fax: _____
E-Mail: _____ geschäftl. _____

Angaben zum verstorbenen Kind

Name: _____ Alter: _____
Geb.: _____ Verst.: _____
Diagnose /
Todesursache _____

Familienangaben

Vater: _____ Geb.: _____
Mutter: _____ Geb.: _____
Kind 1 _____ Geb.: _____
Kind 2 _____ Geb.: _____
Kind 3 _____ Geb.: _____
Kind 4 _____ Geb.: _____

Versicherungsträger

KV _____ Tel.: _____
RV _____ Tel.: _____

Bemerkungen
