



Mutter-Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme

Antrag

vorgesehene Fachklinik: _____

vorgesehener Termin: _____

Daten der/des Antragstellerin / Antragstellers

Name: _____

Anzahl Kinder: _____

Alter: _____

Vorname: _____

davon im Haushalt: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Straße: _____

Arbeitgeber: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. dienstl.: _____

Tel. privat: _____

derzeitige Schwangerschaft: ja nein

Fam.-Stand: _____

ledig

verh.

zusammenlebend

LP

getrennt lebend

verw.

Angaben Krankenversicherung

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Angaben Kontaktperson

Wer soll, falls während der Kur erforderlich, benachrichtigt werden?

Name: _____

Telefon: _____

Angaben teilnehmende Kinder

Krankenversicherungsnummer: _____

	Name, Vorname	geb. am	versichert über		
1. Kind			<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst
2. Kind			<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst
3. Kind			<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst
4. Kind			<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> selbst

Anschrift: _____

(Krankenkasse der Kinder)

Ich bin darüber informiert worden, dass bei einer späteren Anreise alle entstehenden Kosten für mich und mein Kind bzw. meine Kinder zu meinen Lasten gehen. Das gleiche gilt auch bei einer nicht ärztlich begründeten Abreise.
Es erfolgt keine Rechtsberatung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer: PLZ, Wohnort:

Schweigepflichtentbindung und Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

(Grundlage)

Der Deutsche Arbeitskreis für Familienhilfe e.V. erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten und besondere personenbezogene Daten wie Gesundheitsdaten (z.B. Diagnose, Befunde, Therapieziele, Maßnahmenverlauf, Therapieergebnis und Abschlussbefund, Maßnahmenempfehlung) sowie Sozialdaten (z. B. Krankenversicherungsnummer) zur Leistungserbringung im Rahmen der Vorsorge-/Reha-Maßnahmen sowie zu deren verwaltungsmäßiger Abwicklung und Qualitätssicherung.

(Entbindung von der Schweigepflicht)

Zu diesen Zwecken entbinde ich im Rahmen der Vorsorge-/Reha-Maßnahme meine mich behandelnden Ärzte und deren berufsmäßig tätigen Gehilfen sowie Auszubildenden von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Beratungsstelle, dem Kostenträger, dem einweisenden Arzt und den mit der Verarbeitung personenbezogener Daten Beschäftigten des Deutschen Arbeitskreises für Familienhilfe e.V.

(Einwilligung zur Datenübermittlung)

Zugleich willige ich in die Übermittlung meiner personenbezogenen und besonderen personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheits- und Sozialdaten an die Beratungsstelle, den Kostenträger sowie den einweisenden Arzt zu den oben genannten Zwecken ein.

(Gültigkeit für die Daten der Kinder)

Die Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligung zur Übermittlung der o.g. Daten zu den o.g. Zwecken wird zugleich für mein minderjähriges Kind erklärt. Die Erklärung erfolgt unabhängig von einer ggf. durch mein minderjähriges Kind selbst zu erklärenden Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenübermittlung.

(Widerrufsmöglichkeiten & Gültigkeit dieser Entbindung/Einwilligung)

Die Erklärungen über die Schweigepflichtentbindung sowie die Einwilligung zur Datenübermittlung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich von mir gegenüber dem Deutschen Arbeitskreis für Familienhilfe e.V. widerrufen werden. Ein solcher Widerruf hat jedoch keine Auswirkungen auf die Rechte und Verpflichtungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten, insbesondere personenbezogenen Gesundheits- und Sozialdaten, die sich aus den gesetzlichen Vorschriften ergeben. Nach Abschluss der Vorsorge-/Reha-Maßnahme einschließlich Abrechnung und Übermittlung des ärztlichen Entlassungsberichtes entfällt die Wirkung der Erklärungen automatisch.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen

Bei Fragen zu dieser Entbindung/Einwilligung wenden Sie sich bitte an unsere Datenschutzbeauftragte.
Die Kontaktdaten erhalten Sie an der Rezeption oder im Internet unter: www.ak-familienhilfe.de/datenschutz