

Arbeitsgemeinschaft Eltern & Kind Kliniken

Millberger Weg 1

94152 Neuhaus am Inn

Tel.: 08503 9004-0

Fax: 08503 9004-39

E-Mail: arge@mutter-kind.de

Internet: www.mutter-kind.de



Bitte übersenden Sie nachfolgende Erklärung zusammen mit den ärztlichen Attesten unterschrieben an uns zurück

Einverständniserklärung

.....
Name, Vorname

Hiermit bevollmächtige ich das Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. Neuhaus am Inn, in meinem Namen die zur Durchführung einer Mutter-/Vater & Kind-Kur erforderlichen Anträge bei den Kostenträgern zu stellen, und falls erforderlich Sie im Widerspruchsverfahren zu unterstützen. Außerdem wird das Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. ermächtigt, die erforderlichen Informationen an die Kurklinik, den Kurarzt usw. weiterzugeben. Gleichzeitig bedeutet dies, dass ich von meinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch mache.

Ich bin mit der Speicherung und Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten und der meiner Kinder einverstanden, soweit diese benötigt werden, um die Vorbereitung der Kurmaßnahme und den ordnungsgemäßen Kurablauf innerhalb der Kurklinik und die Kurabrechnung zu gewährleisten.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die ärztlichen Abschlussberichte für die Kurteilnehmer an die erforderlichen Stellen (Arzt, Krankenkasse, Kurberatungsstelle usw.) weitergeleitet werden. Ich entbinde ebenfalls meine Krankenkasse von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Kurberatungsstelle.

Mir ist bekannt, dass der gesetzliche Eigenanteil für die Kurmaßnahme bei Anreise in der Kurklinik zu entrichten ist. Der Eigenanteil beträgt derzeit kalendertäglich € 10,00 je erwachsene Person (Ausnahme: Generelle Befreiung von der Zuzahlung durch die Krankenkasse).

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass bei meiner bevorstehenden Mutter-/Vater & Kind-Kur eine verspätete Anreise oder vorzeitige Abreise aus privaten Gründen wie Familienfeiern, Einschulung u.a. nicht möglich ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kurteilnehmer/in,
Erziehungsberechtigte/r