

Einverständniserklärung

Hiermit bevollmächtige ich,

Name	Vorname	Anschrift
------	---------	-----------

die Mitarbeiterinnen des DRK Kompetenzcenter Kur des DRK Landesverbandes Sachsen-Anhalt e.V., namentlich Christiane Meyer, Martina Mathe, Katrin Walter und Katrin Holub

in meinem Namen und im Namen meines/meiner Kindes/Kinder

Name und Vorname des ersten Kindes

Name und Vorname des zweiten Kindes

Name und Vorname des dritten Kindes

dass personenbezogene Daten, soweit sie für die ordnungsgemäße Abwicklung und Beantragung der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme benötigt werden, an die zuständigen Stellen (Einrichtungsträger, Arzt, Krankenkassen, Sozialämter, etc.) weitergeleitet werden.

Ich wünsche, dass die Leistungsträger bezüglich der Antragstellung über die Bewilligung oder Ablehnung der stationären Maßnahme die Mitarbeiter des DRK Kompetenzcenter Kur des DRK Landesverbandes Sachsen-Anhalt e.V. zeitnah informieren.

Ich bin mit der Speicherung und der Bearbeitung meiner personenbezogenen Daten und die des Kindes einverstanden, soweit diese benötigt werden, um die Vorbereitung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation und den ordnungsgemäßen Ablauf der Maßnahme zu gewährleisten.

Ort, Datum

Unterschrift