

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1
94036 Passau
Info-Telefon: 0851 49060-388
kur@rvfs.de
www.mutter-kind-hilfswerk.de



Antrag zur Mutter-Kind-Schwerpunktkur „zusammen stark werden“

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Durch Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Kliniken der Arbeitsgemeinschaft Eltern & Kind Kliniken | <input type="checkbox"/> Social Media |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Kurberater*in Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. | <input type="checkbox"/> Plakat im Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> RvFS (Rexrodt von Fircks Stiftung) | <input type="checkbox"/> externe Beratungsstelle (z. B. AWO, Caritas) | <input type="checkbox"/> Anzeige |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Website Mutter-Kind-Hilfswerk e.V., Arbeitsgemeinschaft Eltern & Kind Kliniken | <input type="checkbox"/> Pressebericht |
| <input type="checkbox"/> Bereits zur Kur gewesen | <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Giveaway |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Personalien der Kurteilnehmerin/des Kurteilnehmers

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend

Berufstätig: ja Vollzeit Teilzeit Aushilfe
nein

Versicherungsstatus: selbstversichert familienversichert Rentner*in

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Adresse der Krankenkasse:

Straße: _____

Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____ Telefonnummer: _____

(Bitte vollständige Anschrift der Krankenkasse mit Telefonnummer angeben, da wir ansonsten keinen Antrag stellen können!)

Meine Angaben

1. Kinder

Anzahl: _____



Vorname & Nachname	Geburtsdatum	im Haushalt lebend
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

2. Wurden in den letzten 4 Jahren Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen zulasten der Krankenkasse oder des Sozialleistungsträgers durchgeführt?

nein ja (welche?)

	1. Maßnahme	2. Maßnahme
Art (Vorsorge/Rehabilitation)		
Ort und/oder Einrichtung		
von/bis		
Leistungsträger		

3. Was war für die Antragstellung ausschlaggebend?

- Eigene gesundheitliche Probleme
- Gesundheitliche Probleme des Kindes/der Kinder
- Sonstiges: _____

4. Geben Sie bitte Ihre behandelnden Ärzte/Ärztinnen und die Ihres Kindes/Ihrer Kinder der letzten 12 Monate an.

Name des/der Versicherten	Name des Arztes	Fachrichtung	in Behandlung seit

**5. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?
Bitte geben Sie auch naturheilkundliche
Medikation an.**

nein ja



MUTTER-KIND HILFSWERK e.V.



REXRODT VON
FIRCKS STIFTUNG
Rehabilitation krebserkrankter Mütter & ihrer Kinder
www.rvfs.de
zusammen stark werden

Wenn ja, welche und wie oft? _____

6. Wie viele Kinder werden Sie begleiten?

Name des Kindes	Geburtsdatum

Aus welchen Gründen ist die Mitnahme des Kindes/der Kinder geplant?

Bei welcher Krankenkasse ist das Kind/sind die Kinder krankenversichert?

(Angabe nur erforderlich, wenn das Kind/die Kinder nicht bei Ihrer Krankenkasse versichert ist/sind.)

Name des Kindes	Krankenkasse

7. Gibt es Ihrerseits terminliche Einschränkungen hinsichtlich der Durchführung der Maßnahme?

In folgenden Zeiten ist die Kurmaßnahme aus persönlichen Gründen **nicht** möglich:

von _____ bis _____ und

von _____ bis _____



Rehabilitation krebserkrankter Mütter & ihrer Kinder
www.rvfs.de

zusammen stark werden

Welche Anforderungen sollte die Einrichtung erfüllen (z. B. behindertengerechte Ausstattung, therapeutische Schwerpunkte etc.)?

Wichtiger Hinweis:

Sobald ein geeigneter Kurplatz reserviert wurde, ist die Anmeldung verbindlich. Sollte der angebotene Termin nicht wahrgenommen werden können, ist eine umgehende Mitteilung an die Beratungsstelle erforderlich. Eine spätere Anreise bzw. vorzeitige Abreise zu dem genannten Termin ist nicht möglich. Diese Mitteilung geht Ihnen nach Kostenzusage Ihrer Krankenkasse zu.

Bei Rückfragen bin ich unter der Telefonnummer _____ zu erreichen.
(Diese Angabe ist freiwillig.)

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in,
Erziehungsberechtigte*r

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1
94036 Passau
Info-Telefon: 0851 49060-388
kur@rvfs.de
www.mutter-kind-hilfswerk.de



Ergänzende Angaben der Mutter/des Vaters zum Kurantrag

Vorname, Nachname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Welche gesundheitlichen Beschwerden hatten Sie aus Ihrer Sicht in den letzten 12 Monaten?

Welche Folgen ergaben sich aus den gesundheitlichen Beschwerden für Ihren Alltag?

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes/der Kinder:

	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname	Vorname
Bitte tragen Sie hier den/die Vornamen des Kindes/der Kinder ein:					

Bitte unbedingt beachten:

Bei bitten wir um nähere Angaben in der jeweiligen Spalte.
Beispiel: Bei einer Allergie bitte die Art der Allergie angeben!

<input type="checkbox"/> Erkrankung:					
<input type="checkbox"/> Allergien:					
<input type="checkbox"/> Psychische Probleme (ADS/ADHS, Autismus):					
<input type="checkbox"/> Sprach-/Entwicklungsverzögerung:					
<input type="checkbox"/> Nächtliches Einnässen/ Ess-Störung:					
<input type="checkbox"/> Schwierige Mutter-/ Vater-Kind Beziehung:					
<input type="checkbox"/> Bisherige Therapien/ Medikamente:					
<input type="checkbox"/> Pflegegrad (bitte Gutachten beifügen):					



Rehabilitation krebserkrankter Mütter & ihrer Kinder
www.rvfs.de

zusammen stark werden

Geben Sie bitte Ihre stationären Aufenthalte und die Ihres Kindes/Ihrer Kinder der letzten 12 Monate an.

Name des/der Versicherten	Grund des Aufenthaltes	Fachrichtung

Welche Maßnahmen haben Sie in Anspruch genommen?

Ärztlich verordnete Maßnahmen	Erläuterungen
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	
<input type="checkbox"/> Massagen	
<input type="checkbox"/> Rückenschule	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Privat/auf eigene Rechnung durchgeführte Maßnahmen	Erläuterungen
<input type="checkbox"/> Gymnastik	
<input type="checkbox"/> Andere sportliche Betätigung	
<input type="checkbox"/> Sauna/Schwimmen	
<input type="checkbox"/> Naturheilkundliche/ homöopathische Behandlung	
<input type="checkbox"/> Ehe-/Paarberatung	
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Liegt derzeit eine Schwangerschaft vor?

nein ja Wenn ja, in der wievielten SSW sind Sie? _____

Handelt es sich um eine Risikoschwangerschaft? nein ja



REXRODT VON
FIRCKS STIFTUNG

Rehabilitation krebskranker Mütter & ihrer Kinder
www.rvfs.de



zusammen stark werden

Gesundheitliches Befinden:

Ich leide seit Wochen Monaten Jahren unter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> Ständiger Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Gereiztheit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühlen |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsproblemen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> _____ |

Persönliche Stressfaktoren, die mich belasten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ständiger Zeitdruck | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei Problembewältigung |
| <input type="checkbox"/> Partner-/Eheprobleme | <input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Beengte Wohnverhältnisse | <input type="checkbox"/> Eigene Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Soziale Isolation | <input type="checkbox"/> Finanzielle Sorgen/Schulden |
| <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz (Mobbing) | <input type="checkbox"/> Pflegebedürftige Angehörige |
| <input type="checkbox"/> Chronisch kranke Familienangehörige | <input type="checkbox"/> Suchtprobleme von Familienangehörigen |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögertes bzw. behindertes Kind | <input type="checkbox"/> _____ |

Erläuterung:

Wurde eine Krebserkrankung diagnostiziert?

nein ja Wenn ja, wann? _____

Art der Krebserkrankung: _____

Wurden Metastasen festgestellt? nein ja

Liegen chronische Erkrankungen vor?

nein ja Wenn ja, welche? _____

Ehrenamtliche Tätigkeiten/soziale Aufgaben?

nein ja

Bei Berufstätigkeit: Ich erlebe die Berufstätigkeit eher als belastend entlastend

Krankenkassen-Wechsel (in den letzten 4 Jahren): nein ja

Wenn ja: vorherige Kasse: _____ Zeitpunkt des Wechsels: _____

Werden Sie im Haushalt durch Angehörige unterstützt? nein ja

Haben Sie Hobbys? nein ja

Gehen Sie diesen zur Zeit nach? regelmäßig ab und zu nein



Rehabilitation krebskranker Mütter & ihrer Kinder
www.rvfs.de

zusammen stark werden

Kommunikation mit Freund*innen bzw. Bekannten:

- nein ja, wie oft in den letzten Wochen? _____
- weniger als früher mehr als früher

Bemerkung:

Von der Maßnahme erwarte ich:

Meine Ziele für mich und mein Kind/meine Kinder:

Besonderheiten meiner Situation:

Ergänzende Anmerkungen/Erläuterungen zu meiner speziellen Situation:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben für den Antrag meiner Mutter-Kind- & Vater-Kind-Kur

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in,
Erziehungsberechtigte*r

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1
94036 Passau
Info-Telefon: 0851 49060-388
kur@rvfs.de
www.mutter-kind-hilfswerk.de



Einverständniserklärung

Name, Vorname: _____

Antragstellung:

Hiermit bevollmächtige ich das Mutter-Kind-Hilfswerk e. V., in meinem Namen die zur Durchführung einer Mutter-Kind- & Vater-Kind-Kur erforderlichen Anträge bei dem zuständigen Kostenträger (z. B. Krankenkasse) zu stellen und falls erforderlich mich im Widerspruchsverfahren zu unterstützen.

Dazu entbinde ich meinen Kostenträger in der nachfolgenden Erklärung von seiner Verschwiegenheitspflicht gegenüber der Kurberatungsstelle.

Im Rahmen der Beratung durch das Mutter-Kind-Hilfswerk e. V. mache ich von meinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch.

Speicherung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten:

Ich bin mit der Speicherung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten und der meines Kindes/ meiner Kinder einverstanden, soweit diese benötigt werden, um die Vorbereitung der Kurmaßnahme zu gewährleisten.

Weitergabe meiner personenbezogenen Daten:

Ich ermächtige das Mutter-Kind-Hilfswerk e. V. dazu, die erforderlichen Informationen an die Kurklinik weiterzugeben, die für die Aufnahmeprüfung und den ordnungsgemäßen Kurablauf benötigt werden.

Widerspruch:

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Bitte beachten Sie zu den o. g. Punkten unsere anhängende Datenschutz-Information.

Bitte senden Sie diese Erklärung zusammen mit der nachfolgenden Schweigepflichtentbindung, den ärztlichen Attesten und dem Anmeldeformular unterschrieben an uns zurück!

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in,
Erziehungsberechtigte*r

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1
94036 Passau
Info-Telefon: 0851 49060-388
kur@rvfs.de
www.mutter-kind-hilfswerk.de



zusammen stark werden

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____

meinen Kostenträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) von seiner Verschwiegenheitspflicht im Rahmen des Sozialgeheimnisses nach § 35 SGB I bzw. Schweigepflicht nach § 203 StGB gegenüber dem Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. zum Zweck der Kurbeantragung.

Kostenträger

Kostenträger: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Das Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. darf weiterführende Informationen und, falls notwendig, auch ärztliche Befunde von meinem Kostenträger anfordern, die für die Antragsstellung der Kurmaßnahme notwendig sind.

Wir weisen Sie darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung keine zielführende Beratung und erfolgreiche Antragstellung erfolgen können. Zudem informieren wir Sie darüber, dass Sie Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in ,
Erziehungsberechtigte*r

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1
94036 Passau
Info-Telefon: 0851 49060-388
kur@rvfs.de
www.mutter-kind-hilfswerk.de



Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern oder weiterleiten. Die Informationen gelten selbstverständlich auch für die Daten Ihres Kindes/Ihrer Kinder. Der nachfolgenden Information können Sie ebenfalls entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Datenschutz haben.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.
Dr.-Emil-Brichta-Straße 1
94036 Passau
Vorstandsvorsitzende: Nadine Espey

2. Wie erreichen Sie die/den Datenschutzbeauftragte*n?

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1
94036 Passau
datenschutz@mutter-kind.de

3. Welche Ihrer personenbezogenen Daten werden von uns genutzt?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, soweit diese zur Durchführung der Kurberberatung und Antragstellung erforderlich sind. Dazu zählen folgende Datenkategorien:

- Persönliche Daten: Name, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Sozialdaten
- Gesundheitsdaten, anamnestische Daten aus den uns zugesandten oder übergebenen Befunden, Attesten oder Fragebögen
- Sozialanamnestische Daten

4. Aus welchen Quellen stammen die Daten?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir von Ihnen im Rahmen des Beratungs- und Antragsverfahrens erhalten.

Dies sind im Einzelnen:

- Von Ihnen übermittelte Angaben in unserem Anmeldefragebogen
- Befunde und Berichte von vorbehandelnden Ärzten/Ärztinnen und Therapeut*innen, wenn Sie uns diese zur Verfügung gestellt haben

Wenn die Kurberberatung für die Antragsstellung noch weitere Angaben von Ihrem Kostenträger benötigt, erfolgt eine Anforderung erst nach Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung.

5. Für welche Zwecke verarbeiten wir Ihre Daten und auf welcher Rechtsgrundlage?

Die Datenverarbeitung erfolgt zur Durchführung einer Kurberberatung. Die Bereitstellung Ihrer Daten ist Voraussetzung für eine zielführende und erfolgreiche Beratung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann keine sorgfältige Beratung erfolgen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten insbesondere unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Wenn Sie uns gegenüber Ihre Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung oder Übermittlung von bestimmten personenbezogenen Daten erklärt haben, bildet diese Einwilligung die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser Daten (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen.

6. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn Sie eingewilligt haben.

Interne Datenübermittlung:

- Interne Datenverarbeitung durch unsere Kurberater*innen unter Zuhilfenahme einer entsprechenden Software

Alle Daten werden vertraulich behandelt und sind nur autorisiertem Personal zugänglich. Unsere Kurberater*innen wurden gem. § 203 Strafgesetzbuch (StGB) darüber belehrt, dass sie der Schweigepflicht unterliegen.

Externe Datenübermittlung an:

- IT-Dienstleister (Server-Hosting und Bereitstellung der Software)
- Dienstleister für Akten- und Datenvernichtung

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an weisungsgebundene Dienstleister, die personenbezogene Daten in unserem Auftrag verarbeiten. Mit diesen Dienstleistern wurde eine entsprechende datenschutzkonforme Auftragsdatenverarbeitungs-Vereinbarung abgeschlossen.

Wir übermitteln Ihre Daten des Weiteren im Rahmen der Kurberatung an fachlich geeignete Kliniken, um eine mögliche Aufnahme vorab prüfen zu können. Dies erfolgt allerdings nur, wenn Sie der Weiterleitung explizit zugestimmt haben.

7. Werden Ihre Daten an Länder außerhalb der Europäischen Union (sog. Drittländer) übermittelt?

Eine Übermittlung an Drittländer findet nicht statt und ist auch nicht beabsichtigt.

8. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir bewahren Ihre Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Beratung erforderlich ist oder wir rechtlich dazu verpflichtet sind.

9. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten?

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden Daten Auskunft zu erhalten. Sie können zudem die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen, sofern diese nachweisbar falsch erfasst wurden.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkungen der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 lit. e) oder f) DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen. In diesem Fall werden die personenbezogenen Daten dann nicht mehr verarbeitet, es sei denn, es bestehen zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Artikel 21 DSGVO).

Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis Ihrer Einwilligung, die Sie mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen können.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Des Weiteren können Sie sich an unsere*n Datenschutzbeauftragte*n unter den angegebenen Kontaktdaten wenden. Wir werden Ihre Anfrage umgehend sowie gemäß den gesetzlichen Vorgaben bearbeiten.

10. Änderung dieser Information

Sollte sich der Zweck oder die Art und Weise der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wesentlich ändern, so werden wir diese Information rechtzeitig aktualisieren und Sie zeitnah über die Änderungen informieren.

