

# Eltern & Kind Kliniken Dienstleistungs GmbH

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1  
94036 Passau  
T 0851 49060-0  
F 0851 49060-400  
arge@mutter-kind.de  
www.mutter-kind.de



## Anmeldung zur Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plakat beim Arzt                      | <input type="checkbox"/> Plakat im Kindergarten   | <input type="checkbox"/> Pressebericht   |
| <input type="checkbox"/> Anzeige                               | <input type="checkbox"/> Giveaway   | <input type="checkbox"/> Krankenkasse  |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung                            | <input type="checkbox"/> Bereits zur Kur gewesen  | <input type="checkbox"/> Google  |
| <input type="checkbox"/> Facebook                              | <input type="checkbox"/> Website Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. oder Arbeitsgemeinschaft Eltern & Kind Kliniken | <input type="checkbox"/> Kliniken der Arbeitsgemeinschaft Eltern & Kind Kliniken |
| <input type="checkbox"/> Kurberater Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. | <input type="checkbox"/> externe Beratungsstelle (z.B. AWO, Caritas)  | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____  |

### Personalien der Kurteilnehmerin/des Kurteilnehmers

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**(Bitte vollständige Anschrift der Krankenkasse mit Telefonnummer angeben, da ansonsten kein Antrag gestellt werden kann!)**

## Meine Angaben

### 1. Kinder

Anzahl: \_\_\_\_\_

Vorname(n)	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 zu Lasten der Krankenkasse oder des Sozialleistungsträgers durchgeführt?

nein  ja (welche?)

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

### 3. Was war für die Antragstellung ausschlaggebend?

Eigene gesundheitliche Probleme

Gesundheitliche Probleme eines Kindes

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate:

Name	Anschrift	Fachrichtung	in Behandlung seit:

**5. Nehmen Sie Medikamente ein, die nicht ärztlich verordnet sind?**

nein  ja

Wenn ja, welche und wie oft? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**6. Ist die Mitnahme eines oder mehrerer Kinder geplant?**

nein  ja, folgende(s):

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. Bestehen Ihrerseits hinsichtlich der Durchführung der Maßnahme terminliche Einschränkungen?**



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

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ und

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form sowie des dritten Geschlechts verzichtet. Wir möchten deshalb darauf hinweisen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

# Eltern & Kind Kliniken Dienstleistungs GmbH

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1  
94036 Passau  
T 0851 49060-0  
F 0851 49060-400  
arge@mutter-kind.de  
www.mutter-kind.de



## Ergänzende Angaben der Mutter/des Vaters zum Kurantrag

Name: \_\_\_\_\_

**Gesundheitliche Beschwerden (aus meiner Sicht) in den letzten 12 Monaten (in Stichworten):**

---

---

---

---

**Welche Beschwerden ergeben sich aus den gesundheitlichen Beschwerden für meinen Alltag?**

---

---

---

---

**Gesundheitliche Beschwerden meines Kindes/meiner Kinder:**

---

---

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes:**

Erkrankung des Kindes: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Psychische Probleme (ADS/ADHS): \_\_\_\_\_

Sprach-/Entwicklungsverzögerung: \_\_\_\_\_

Nächtliches Einnässen/Ess-Störung: \_\_\_\_\_

Schwierige Mutter-/Vater-Kind Beziehung: \_\_\_\_\_

Bisherige Therapien/Medikamente: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich hatte folgende Krankenhausaufenthalte (in den letzten 12 Monaten):

---

---

---

---

Ich habe folgende Maßnahmen 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/ homöopatische Behandlung	
<input type="checkbox"/> Ehe-/Paarberatung	
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente (bitte auch naturheilkundliche angeben):

---

---

Liegt derzeit eine Schwangerschaft vor?

ja     nein    Wenn ja, in der wievielten SSW sind Sie? \_\_\_\_\_

Ist es eine Risikoschwangerschaft?  ja     nein

**Gesundheitliches Befinden:**

- Ich leide seit  Wochen  Monaten  Jahren unter
- Niedergeschlagenheit
  - Lustlosigkeit
  - Stimmungsschwankungen
  - Schlafstörungen
  - Konzentrationsstörungen
  - Gewichtsproblemen
  - Vergesslichkeit
  - Kopfschmerzen
  - Ständiger Müdigkeit
  - Gereiztheit
  - Unruhe und Angstgefühlen
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

**Persönliche Stressfaktoren, die mich belasten:**

- Ständiger Zeitdruck
- Partner-/Eheprobleme
- Beengte Wohnverhältnisse
- Soziale Isolation
- Probleme am Arbeitsplatz (Mobbing)
- Chronisch kranke Familienangehörige
- Entwicklungsverzögertes bzw. behindertes Kind
- Schwierigkeiten bei Problembewältigung
- Erziehungsschwierigkeiten
- Eigene Arbeitslosigkeit
- Finanzielle Sorgen/Schulden
- Pflegebedürftige Angehörige
- Suchtprobleme von Familienangehörigen
- \_\_\_\_\_

**Erläuterung:**

---



---

**Wurde eine Krebserkrankung diagnostiziert?**

- ja  nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Art der Krebserkrankung: \_\_\_\_\_

- Wurden Metastasen festgestellt?  ja  nein

**Liegen chronische Erkrankungen vor?**

- ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ehrenamtliche Tätigkeiten/soziale Aufgaben?**

- ja  nein

**Bei Berufstätigkeit:** Ich erlebe die Berufstätigkeit eher als

- belastend  entlastend

**Krankenkassen-Wechsel (in den letzten 4 Jahren):**

- ja  nein

Wenn ja: vorherige Kasse: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt des Wechsels: \_\_\_\_\_

**Im Haushalt werde ich durch Angehörige unterstützt?**

- ja  nein

**Ich habe Hobbys?**

- ja  nein

**Zur Zeit gehe ich den Hobbys nach:**

- regelmäßig  ab und zu  nicht



## Information 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 Ihrer Kinder. Der nachfolgenden Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Datenschutz haben.

### **1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?**

Eltern & Kind Kliniken Dienstleistungs GmbH  
Dr.-Emil-Brichta-Straße 1  
94036 Passau  
Geschäftsführer: Otto Wagner

### **2. Wie erreichen Sie den Datenschutzbeauftragten?**

Eltern & Kind Kliniken Dienstleistungs GmbH  
Dr.-Emil-Brichta-Straße 1 . 94036 Passau

E-Mail: [datenschutz@mutter-kind.de](mailto:datenschutz@mutter-kind.de)

### **3. Welche Ihrer personenbezogenen Daten werden von uns genutzt?**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, soweit diese zur Durchführung der Kurberatung 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 und Therapeuten, wenn Sie uns diese zur Verfügung gestellt haben

Wenn die Kurberatung 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 Kurberatung. 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, dann bildet diese Einwilligung die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser Daten (Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO).

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 unter zu Hilfenahme einer entsprechenden Software

Alle Daten werden vertraulich behandelt und sind nur autorisiertem Personal zugänglich. Unsere Kurberater wurden gem. § 203 Strafgesetzbuch (StGB) darüber belehrt und verpflichtet, 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 zu dem auch 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 Sie betreffender personenbezogener 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 unseren Datenschutzbeauftragten 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 Informationen rechtzeitig aktualisieren und Sie rechtzeitig über die Änderungen informieren.