

## Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Millberger Weg 1  
94152 Neuhaus am Inn  
Kostenfrei: 0800 2255100  
Tel.: 08503 9004-54  
Fax: 08503 9004-20  
E-Mail: kurinfo@mutter-kind-hilfswerk.de  
Internet: www.mutter-kind-hilfswerk.de



## Schweigepflichtentbindung

Die Kostenträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) sind an die Verschwiegenheitspflicht im Rahmen des Sozialgeheimnisses nach § 35 SGB I bzw. an die Schweigepflicht nach § 203 StGB gebunden.

Ihr Kostenträger ist soweit nicht an diese Pflicht gebunden, wenn Ihre Einwilligung vorliegt, dass Informationen weitergegeben werden dürfen.

Hiermit entbinde ich

### Persönliche Daten

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

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

Straße, Hsnr: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### meinen Kostenträger

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Straße, Hsnr: \_\_\_\_\_

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

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

seiner Verschwiegenheits- bzw. Schweigepflicht gegenüber dem Mutter-Kind-Hilfswerk e.V. zu folgendem Zweck:

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 eine erfolgreiche Antragstellung erfolgen können. Zudem möchten Sie darüber informieren, dass Sie Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kurteilnehmer/in,  
Erziehungsberechtigte/r