

An meine Krankenkasse:

*Bitte links ins Kästchen die Adresse Ihrer Krankenkasse eintragen.*

**Anlage zum Antrag auf stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge/ Rehabilitation für Mütter und Väter.**

von (Vorname/ Nachname) :

geb.:

Krankenversicherungs-Nummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Sonnenberg-Klinik Bad Bertrich (IK 510 714 376) hat mir mögliche Aufnahmetermine / die Aufnahme auf eine Nachrückerliste vorbehaltlich der Prüfung der Indikation anhand der ärztlichen Atteste und Befunde angeboten.

**Einwilligung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Abwicklung und Weiterverarbeitung notwendigen Antragsunterlagen mit meinen persönlichen Unterlagen und ggf. die meines/er Kinder an die Sonnenberg-Klinik weitergeleitet werden.

Diese Einwilligung gilt für den aktuellen Antrag und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft, von mir widerrufen werden. Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass im DTA-Verfahren meine Kontaktdaten (Telefonnummer und Emailadresse) übermittelt werden.

Zur Erleichterung der elektronischen Verarbeitung bitte ich Sie meine hinterlegten Kontaktdaten auf Aktualität zu überprüfen oder zu ergänzen.

Meine E-Mailadresse lautet:

Telefonisch zu erreichen bin ich unter:

Datum / Unterschrift der/ des Versicherten