

Wenn Sie Fragen zu Mutter-Kind-Kuren haben, rufen Sie uns an:
0800 88 4 888 4 (kostenfrei)
Wir helfen Ihnen gerne weiter!



UNIVITA
Hauptverwaltung
Hainfeld 9
06536 Südharz OT Stadt Stolberg

Anmeldung (nur mit Einverständniserklärung gültig)

für eine stationäre Vorsorgemaßnahme (Kur)
bei der UNIVITA Mutter · Kind · Familie
Kurhaus: Gut Holmecke, Holmecker Weg 50, 58675 Hemer-Ihmert

Wunschtermin: vom _____ bis _____

Ersatztermin: vom _____ bis _____

Personalien Mutter/Vater:

Wodurch wurden Sie auf UNIVITA/Gut Holmecke aufmerksam?

Vor- & Zuname: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

geboren am: _____

Straße: _____

Familienstand: _____

PLZ/Ort: _____

derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Tel.-Nr.: _____

Konfession:
(Angabe freiwillig) _____

E-Mail: _____

Gesamtanzahl der Kinder:
(auch die Kinder, die nicht an der Kur teilnehmen) _____

Weitere Teilnehmer:

| Name: | Geburtsdatum: |
|-------|---------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| Name: | Geburtsdatum: |
|-------|---------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Die Kinder sind versichert über:
 Vater Mutter selbstversichert

Anschrift der Krankenkasse: _____

Wichtig: Hiermit willige ich ein, dass die Univita GmbH mir Kur-Unterlagen und Informationen per E-Mail zusendet. Dafür wird meine E-Mail-Adresse gespeichert. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder telefonisch von mir widerrufen werden.

Sonstiges: Die christlichen Zusatzangebote im Kurhaus sind mir wichtig.

Die christlichen Zusatzangebote im Kurhaus sind mir **nicht** wichtig.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Kurteilnehmer(s)(in)

Tel: 034 654-810 222 · Fax: 034 654-810 220 · E-Mail: info@univita.com · Internet: www.univita.com

UNIVITA GmbH
Geschäftsführer: Dr. Clemens Ritter von Kempcki
Sitz: Südharz
AG Stendal HRB 21001
St.-Nr.: 118/106/01290

Hauptverwaltung
Telefon 034 654-810 222
Telefax 034 654-810 220
info@univita.com
www.univita.com

Bankverbindung:
Sparkasse KölnBonn
IBAN DE24 3705 0198 0073 0929 75
BIC COLSDE33

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG für mich und mein minderjähriges Kind/ meine minderjährigen Kinder gegenüber der UNIVITA GmbH

(Bitte die erforderlichen Felder ausfüllen, ankreuzen und unterschrieben zurücksenden)

Hinweis zur Handhabung der personenbezogenen Daten

In den Bereichen Verwaltung und Medizin werden persönliche und medizinische Daten (auch digital) in einer Krankenakte geführt. Diese wird mindestens 10 Jahre und bis zu 30 Jahre aufbewahrt. Einen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen besteht nicht, dagegen können Kopien kostenpflichtig angefordert werden (§ 630 g BGB). Darüber hinaus werden persönliche und medizinische Daten in automatisierten Verfahren oder manuell verarbeitet. Sie haben das Recht zur Einsichtnahme in Ihre Krankenakte, wobei Ihnen der Sie behandelnde Arzt zur Verfügung steht.

Bei Störungen und technischen Problemen (z.B. EDV) werden externe Servicefirmen zur Fehlerbehebung hinzugezogen. Alle Mitarbeiter der UNIVITA GmbH und alle externen Dienstleister sind verpflichtet, den Schutz von personenbezogenen und medizinischen Daten zu gewährleisten. Wenn Sie uns beauftragen und bevollmächtigen den Antrag bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu stellen, werden die dafür notwendigen und vorliegenden Unterlagen (Atteste, Befunde, Selbsteinschätzung, usw.) an diese übermittelt. Nach Kurende werden den gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 301 Sozialgesetzbuch V die gesetzlich vorgeschriebenen Daten übermittelt. Die Einhaltung des Datenschutzes wird über unseren Datenschutzbeauftragten überwacht.

Name, Vorname
(Bitte in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Hiermit willige ich ein, dass die von mir eingereichten Unterlagen (ärztliche Atteste, Befunde, Selbsteinschätzung usw.) mit den notwendigen personenbezogenen Daten im Rahmen der Kurantragsstellung zu meiner Krankenkasse, wenn abweichend zur Krankenkasse meiner Kinder, weitergeleitet werden.

Hiermit willige ich ein, dass nach meinem Aufenthalt Behandlungsdaten und ein ärztlicher Entlassbericht, ggf. mit Befunden an den behandelnden Arzt (Hausarzt, Kinderarzt, usw.) übermittelt werden.

Arztadressen: _____

Diese Einwilligungen können jederzeit schriftlich oder telefonisch von mir widerrufen werden.

Datum, Unterschrift