

## *Antrag auf Vermittlung einer Kur*

**Antragsteller/in:**

Name:	
Vorname:	
Straße:	
Postleitzahl, Ort:	
Telefon:	

Der/die Antragsteller/in beantragt für sich selbst und seine/ihre folgenden Angehörigen

**Kinder (Name)**

**Geb.-Datum:**

1.	
2.	
3.	
4.	

die Vermittlung eines Kuraufenthaltes durch

AWO Region Hannover  
 Familienbildung  
 Deisterstraße 85A  
 30449 Hannover  
 Tel. 0511 21978-175  
 awosano-kurberatung@awo-hannover.de

**Wichtige Hinweise:**

**Sobald ein geeigneter Kurplatz/Kurtermin fest reserviert wurde, ist die Anmeldung verbindlich. Eine spätere Anreise oder eine vorzeitige Abreise sind nicht möglich. Sollte eine Teilnahme zum angebotenen Termin nicht möglich sein, werden bei verspäteter Absage Ausfallkosten berechnet.**

Die personenbezogenen Daten werden unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung der Kurmaßnahme (ausschließlich Information an das Kurhaus, Finanzierung durch den Kostenträger) und der Kurnachsorge erforderlich. Ich bin mit der Speicherung und Bearbeitung der personenbezogenen Daten einverstanden, soweit sie benötigt werden, um einen ordnungsgemäßen Ablauf zwischen Kostenträger, Kurhaus und der o.g. genannten Beratungsstelle zu gewährleisten. Einer Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte stimme ich ausdrücklich nicht zu.

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und die Krankenkasse, die mich anlässlich meines Antrages auf eine stationäre Maßnahme für Mütter/Mutter/Vater und Kind behandelt und untersucht haben, oder deren Befunde für meinen Antrag von Bedeutung sind, von der Schweigepflicht gegenüber der Beraterin Britta Fischer. Meine Erklärung kann ich jeder Zeit widerrufen.

Ort, Datum.....Unterschrift Antragsteller/in.....