

Antwort an:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

Einverständniserklärung

Versicherter:
geb. am:
Servicezeichen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsunterlagen für meine beantragte Mutter/Vater-Kind-Maßnahme an entsprechende Kliniken übermittelt werden dürfen, damit ein geeigneter Therapieplatz für mich bestimmt werden kann.

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V zum Zweck der Bestimmung eines Therapieplatzes erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite www.kkh.de/datenschutz.

Mir ist bekannt, dass ich die Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine formlose Erklärung an die KKH, z.B. per Telefon, E-Mail oder Brief, ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten