

Anmeldeformular

OSTEOPATHIE ZENTRUM GLÜCKSKIND

Großbachstraße 15 * 65549 Limburg an der Lahn * Telefon: 06431-5847635
Email: kontakt@osteopathie-zentrum-glueckskind.de

IHRE PERSÖNLICHEN DATEN oder DATEN IHRES KINDES

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ & Wohnort: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

Mobiltelefon: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfeberechtigt? ____ja ____nein

Liegt eine Verordnung vor? ____ja ____nein

Arzt: _____ Diagnose: _____

BEI KINDERN:

Rechnungsempfänger:

_____ (Mutter/Vater) Geburtsdatum: _____

Mir ist bekannt, daß ich einen Termin,
den ich auch bei kurzfristiger Krankheit nicht wahrnehmen kann,

24 Stunden vorher

absagen muss.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir privat in Rechnung gestellt.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten Erwachsene

Heilpraktikerin und Physiotherapeutin Andrea Uden

OSTEOPATHIE ZENTRUM GLÜCKSKIND, Großbachstraße 15, 65549 Limburg

Hiermit erteile ich

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Heilpraktikerin Andrea Uden, Osteopathie Zentrum Glückskind, Großbachstraße 15, 65549 Limburg

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie , Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass Whats App im Osteopathie Zentrum Glückskind zur geschäftlichen Praxisorganisation (Terminvergabe und Ab-/ Rücksprache) genutzt wird.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten _____

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Heilpraktikerin Andrea Uden, Osteopathie Zentrum Glückskind, Großbachstraße 15, 65549 Limburg