

**Anmeldebogen zum Kurs: „ICH nehme ab“**

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus und schicken Sie ihn per Post an meine Praxis- oder Mailadresse. Gerne können Sie auch persönlich vorbei kommen. Bitte vereinbaren Sie vorher telefonisch einen Termin.

**1) Persönliche Angaben**

Vorname:			
Nachname:			
Straße:			Nr.:
PLZ:	Ort:		
☎ Telefon privat:			
Telefon mobil:			
E-Mail:		@	
<b>12 Termine à 90 min. laut Terminliste:</b>			
Montags	<input type="checkbox"/> Kurs I	Beginn: 17.03.2020/18.00 - 19.30 Uhr	
Donnerstags	<input type="checkbox"/> Kurs II	Beginn: 19.03.2020/10.00 - 11.30 Uhr	
Geburtsdatum:			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
Kinder:	Alter:		
Beruf:			
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg		
BMI (Gewicht (kg)/(Größe (m) *Größe (m))):			
Wie wurden Sie auf mich aufmerksam:			
Freies Feld für Sie			

**2. Liegen bei Ihnen Erkrankungen vor?**

- Es liegt keine Erkrankung vor, ich bin gesund
- Bluthochdruck / Hypertonie
- Erhöhte Cholesterinwerte und/oder Triglyceridwerte
- Adipositas Grad 1, BMI 30-35 (ärztliche Rücksprache erforderlich)
- erhöhte Adipositas Grad 2, BMI > 35
- erhöhte Harnsäurewerte oder Gicht
- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- Essstörung
- Sonstige Erkrankungen, bitte kurz angeben:

---



---

Dieser Kurs ist ein Präventionskurs und richtet sich an gesunde Erwachsene. Bei einem BMI größer 30, oder wenn Sie an weiteren ernährungsabhängigen Krankheiten leiden, brauchen Sie für die Teilnahme eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung. Beim Vorliegen anderer behandlungsbedürftiger Erkrankungen sowie einem BMI über 35 wäre ein Vorgespräch sinnvoll. Eine Teilnahme im Rahmen eines Präventionsprogrammes ist dann unter Umständen nicht möglich und muss individuell abgewogen werden.

**3) Nehmen Sie Medikamente ein**

- nein       ja, bitte angeben

Medikament	Wirkstoff	Wofür/wogegen

**4. Abrechnung**

Sobald genügend Teilnehmer angemeldet sind, spätestens zum Anmeldeschluss (10 Tage vor Kursstart), erhalten Sie eine Rechnung über die Kursgebühr. Die Kursgebühr in Höhe von 300,00 EUR incl. Unterrichtsmaterial ist vor Beginn des Kurses fällig.

**5. Teilnehmerzahl**

Die maximale Teilnehmerzahl für diesen Kurs beträgt 10 Personen. Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt. Sollte die Mindestteilnehmerzahl von 6 Personen nicht erreicht werden, findet der Kurs nicht statt. In diesem Fall werden bereits gezahlte Kurskosten voll erstattet.

**6. Abmeldung**

Eine Abmeldung und Erstattung der Kursgebühr ist bis spätestens 14 Tage vor Kursbeginn möglich. Die Erstattung wird um eine Stornogebühr von 20€ gemindert. Bei einer späteren Abmeldung oder im Laufenden Kurs ist eine Rückzahlung der Gebühr leider nicht möglich.

**7. Kostenbeteiligung der Krankenkasse**

Dieser Kurs ist anerkannt bei der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) und hat das Zertifikat „Deutscher Standard Prävention“. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mich selbst um die (anteilige) Erstattung der Kursgebühr bei der Krankenkasse kümmern muss. Grundvoraussetzung für die Erstattung ist häufig die regelmäßige Teilnahme an mindestens 80% der Termine.

**8. Hinweise zum Datenschutz**

Um Sie optimal betreuen und versorgen zu können, bin ich darauf angewiesen, neben der handschriftlichen Dokumentation auch die elektronische Datenverarbeitung (EDV) einzusetzen. Ihre Daten werden an Dritte nicht weiter gegeben. Siehe hierzu „Information Datenschutz“.

**9. Persönliche Erklärung**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit aller hier gemachten Angaben und melde mich verbindlich an. Die Information zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ort/Datum:	
Unterschrift:	Interner Vermerk

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sehr geehrter Kursteilnehmer,**

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist und war mir schon immer wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

**1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Praxisname:

**Heilpraxis Frauke Dietz-Wellhausen**

Adresse: **Martin-Treu-Straße 31  
90403 Nürnberg**

Mobil: **0179 – 205 71 37**

E-Mail: **praxis@dietz-wellhausen.de**

Ein **Datenschutzbeauftragter** ist für meine Praxis **nicht** erforderlich.

**2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, welche ich zu Beginn und im Verlauf einer Behandlung erhebe. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde (z.B. Protokolle), die ich oder andere Heilpraktiker, Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre sorgfältige Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Behandlung nicht erfolgen.

**3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt/vorgegeben ist oder Sie ausdrücklich eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

**4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

**5. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht**  
Promenade 27 (Schloss), 91522 Ansbach, Deutschland

+49 (0) 981 53 1300 Telefax: +49 (0) 981 53 98 1300  
E-Mail: [poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de) Internet: [www.lda.bayern.de](http://www.lda.bayern.de)

Das BayLDA überwacht die Einhaltung des Datenschutzrechts im nicht-öffentlichen Bereich in Bayern, das heißt in den privaten Wirtschaftsunternehmen, bei den freiberuflich Tätigen, in Vereinen und Verbänden sowie im Internet.

**6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Ihre



Frauke-Dietz-Wellhausen