

## Anmeldebogen für den Abnehm-Kurs nach dem Konzept „**ICH nehme ab**“

1. Kurstag 25.4.2022, montags, jeweils 18:00h – 19:45h, 10 Termine laut Terminliste, Kursgebühr 270€.

Der Kursort richtet sich nach der Teilnehmerzahl und wird kurzfristig bekannt gegeben

- a) PEAK FORM Praxis für Ernährungsberatung, Freiligrathstr. 16, 65812 Bad Soden
- b) Physius Gesundheitszentrum, Clausstr. 5a, 65812 Bad Soden

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus und schicken ihn uns per Post, Fax (06196 524 65 68) oder email (hille@peakform.de).

### 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ Gewicht (kg)/(Größe (m) \*Größe (m))

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon, privat: \_\_\_\_\_ erreichbar von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Telefon, dienstl.: \_\_\_\_\_ erreichbar von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Telefon, mobil: \_\_\_\_\_ erreichbar von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

### 2. Liegen bei Ihnen behandlungsbedürftige Erkrankungen vor?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Es liegt keine Erkrankung vor, ich bin gesund</b>                     | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck / Hypertonie                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Adipositas Grad 1, BMI 30-35 (ärztliche Rücksprache erforderlich)</b> | <input type="checkbox"/> Erhöhte Cholesterinwerte und/oder erhöhte Triglyceridwerte |
| <input type="checkbox"/> Adipositas Grad 2, BMI > 35  | <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte oder Gicht                          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2   | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen, welche: _____                                     | <input type="checkbox"/> Essstörung   |

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 bitten wir Sie um Rücksprache, eine Teilnahme im Rahmen eines Präventionsprogrammes ist dann unter Umständen nicht sinnvoll oder nicht möglich und muss individuell abgewogen werden.

### 3. Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein  Ja, welche

Medikamentenname	Wirkstoff	Wofür / wogegen ?

### 4. Corona Impfnachweis

Dieser Kurs folgt den Regeln nach 2G+. Durch die Anmeldung bestätigen Sie, dass Sie die Bestimmungen erfüllen. Bitte fügen Sie der Anmeldung einen entsprechenden Nachweis bei.

### 5. Abrechnung

Sobald genügend Teilnehmer vorliegen, spätestens zum Anmeldeschluss (10 Tage vor Kursstart), erhalten Sie eine Rechnung über die Kursgebühr. Die Kursgebühr ist vor Beginn des Kurses fällig.

### 6. Teilnehmerzahl

Die maximale Teilnehmerzahl für diesen Kurs beträgt 12 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.

### 7. 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.

### 8. Kostenbeteiligung der Krankenkasse

Dieser Kurs ist anerkannt bei der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) und hat das Zertifikat „Deutscher Standard Prävention“. Der Teilnehmende nimmt zur Kenntnis, dass er sich 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.

### 9. Hinweise zum Datenschutz

Um Sie optimal betreuen und versorgen zu können, sind wir darauf angewiesen, neben der handschriftlichen Dokumentation auch die elektronische Datenverarbeitung (EDV) einzusetzen. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass dieser Kurs in einer Kooperation der Ernährungsberatung PEAK FORM mit dem PHYSIUS Gesundheitszentrum stattfindet. Entsprechend werden die Daten gegebenenfalls auch von beiden Firmen erfasst. Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie Ihr Einverständnis zur Erfassung und Auswertung Ihrer Daten auch mittels elektronischer Datenverarbeitung.

### 10. Persönliche Erklärung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit aller hier gemachten Angaben, akzeptiere die Hinweise zum Datenschutz und melde mich verbindlich an.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Erklärung zum Datenschutz nach DSGVO

Lebe Klientin, lieber Klient,

nach der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) sind wir als Praxis verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Ferner möchten wir Sie darüber informieren, welche Rechte Ihnen in Sachen Datenschutz zustehen:

**1. Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:**

Praxisname: Vera Hille, Praxis für Ernährungsberatung  
Adresse: Freiligrathstr. 16, 65812 Bad Soden  
Kontaktdaten: 06196 524 65 69, hille@peakform.de

**2. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. h) in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG.**

Dies bedeutet, dass die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen uns und Ihnen und die hieraus resultierenden Pflichten zu erfüllen.

Wir verarbeiten zu diesem Zwecke Ihre **personenbezogenen Daten** wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, insbesondere aber auch **Gesundheitsdaten** wie Gewicht und Größe, BMI, Körperzusammensetzung, Laborwerte, Krankheitssymptome, Anamnesen, Diagnosen und Therapieansätze. Zu diesem Zwecke kann es sein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten von Ärzten oder anderen Ausübenden eines Gesundheitsberufes, in deren Behandlung Sie sind, erhalten.

Wir müssen Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten erheben, da diese Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Behandlung sind. Eine sorgfältige Beratung und Behandlung kann nicht gewährleistet werden, wenn uns diese personenbezogenen Daten nicht vorliegen.

**3. Weitergabe Ihrer Daten an Dritte**

Die von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden nur dann an Dritte übermittelt, wenn dies durch ein Gesetz erlaubt bzw. gefordert ist oder Sie eine entsprechende Einwilligung erteilt haben. Empfänger von Ihren personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, Krankenkassen und -versicherungen oder Verrechnungsstellen sein.

Zweck der Übermittlung ist entweder die Abrechnung der erbrachten Leistungen oder Klärung von medizinischen Fragen.

**4. Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies zur Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist. Soweit wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, Ihre personenbezogenen Daten länger aufzubewahren, kann dies für mindestens 10 Jahre der Fall sein.**

**5. Sie haben das Recht, über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Sie können zudem verlangen, dass wir unrichtige Daten berichtigen.**

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie verlangen, dass Ihre personenbezogenen Daten gelöscht, eingeschränkt oder auf Dritte übertragen werden. Soweit Sie eine Einwilligung zur Datenverarbeitung erteilt haben, können Sie diese widerrufen.

Sie können sich zudem bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass Ihre personenbezogenen Daten unrechtmäßig verarbeitet werden.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch  
Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden  
Telefon: 06 11/140 80, Telefax: 06 11/14 08-900 oder 901  
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de  
Homepage: <http://www.datenschutz.hessen.de>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme dieser Datenschutzerklärung.

Datum, Unterschrift

Name in Druckbuchstaben