

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon (privat) \_\_\_\_\_  
Tel. (berufl./mobil) \_\_\_\_\_  
Email / Fax \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

Kartei-Nr: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Form des Kontaktes:**

- per Post  
 per Telefon (privat)  
 per Telefon (berufl./mobil)  
 per Email/Fax

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_  
Beratungswunsch: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

## Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung/ Therapie an. Mit der Übernahme der anfallenden Beratungskosten (siehe Kostenaufstellung) bin ich einverstanden und bestätige mit meiner Unterschrift die AGB's.

## Absagepflicht

Sollte ich wegen Krankheit etc. Termine nicht wahrnehmen können und habe diesen nicht 24Std. zuvor abgesagt, werden die Beratungskosten in voller Höhe in Rechnung gestellt.

## Datenschutz/ DSGVO

Bitte unterzeichnen Sie diese Erklärung auch zum Zeichen Ihres Einverständnisses mit der Erfassung Ihrer Daten per nach der aktuellen DSGVO.

Hiermit willige ich freiwillig und vor Beginn der ernährungsmedizinischen Behandlung ein, dass durch die PRAXIS ESSGENUSS personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt, sowie an alle zur Vertragserfüllung notwendigen Beteiligten übermittelt und dort ebenfalls verarbeitet und genutzt werden (siehe Rückseite):

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der PRAXIS ESSGENUSS bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.

Frau / Herrn: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Ergänzung zur Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung/ Datenschutzerklärung

Ihre personenbezogenen Daten werden zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt, sowie an alle zur Vertragserfüllung notwendigen Beteiligten übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- ✓ Angabe der Zwecke (z.B. Dokumentationspflicht, 10 Jahre Aufbewahrungspflicht, Steuerberater/Finanzamt)
- ✓ Kontakt mit Patient|in (z.B. zur Terminvereinbarung/-absage)
- ✓ Erstellen von Therapieberichten für verordnenden Arzt
- ✓ Abrechnung erbrachter Behandlungen/Leistungen Patient|in und/oder Krankenkasse/Krankenversicherung
- ✓ Folgeangebote

### ***Folgende wichtige Hinweise habe ich erhalten:***

Alle im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person werden unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt. Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, mit der Folge, dass z.B. die Behandlung mit der Krankenversicherung nicht abgerechnet werden kann. Einen Widerruf muss ich richten an:

PRAXIS ESSGENUSS, Andrea Stallmann, Zwingenbergstr.2, 47802 Krefeld, [info@praxis-essgenuss.de](mailto:info@praxis-essgenuss.de)

Nach Ablauf der gesetzlichen Fristen und im Falle eines Widerrufs werden meine Daten bzw. einzelne Anteile meiner Daten mit Zugang der Willenserklärung, gelöscht. Dazu reicht bspw. eine formlose E-Mail an uns oder auch eine telefonische Mitteilung vollkommen aus. Der Widerruf der Einwilligung beseitigt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung rückwirkend. Ich kann jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen und bin berechtigt die Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

### **Welche Daten werden erfasst?**

\* Name, Vorname \* Postanschrift \* Telefonnummer \* Emailadresse \* Geburtsdatum \* Krankenversicherung  
\* Informationen, die aus der ärztlichen Verordnung und/oder aus Arztbriefen hervorgehen \* persönliche Informationen über z.B. Ernährungsgewohnheiten, die im Rahmen der Ernährungsberatung erläutert werden  
\* weitere Informationen, die angegeben werden \* Mobilgeräte-ID durch Kontakt über Telefon bzw. WhatsApp-Messenger \* Name des verwendeten Browsers des PC, mit dem Kontakt zur Praxis aufgenommen wird \* IP-Adresse des Computers durch Email-Kontakt \* Informationen, die über Cookies (über den PC) erfasst werden

Ohne ausdrückliche Einwilligung werden die personenbezogenen Daten:

- ✓ nur zur Vertragserfüllung und -abwicklung oder zum Beantworten vorvertraglicher Angaben genutzt,
- ✓ ausschließlich aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen z.B. auf Rechnungen, zur Aufbewahrung im Rahmen steuerlicher Unterlagen bewahrt,
- ✓ zum Schutz lebenswichtiger Interessen des Kunden/Patienten bewahrt/genutzt.

Die Erklärung der Einwilligung ist nicht an die Erfüllung des Beratungsvertrages gekoppelt.

Verantwortliche für die Datenerhebung: Andrea Stallmann