



Anmeldeformular

Bitte Zutreffendes ankreuzen :

Teilnehmer: 20 € > Seite 1 und Seite 2

Aufsteller:

1. Aufstellung 220 € incl. tel. Vorgespräch von ca. 50 Min. > Seite 1 und Seite 2

ab der 2. Aufstellung: 180 € incl. tel. Vorgespräch von ca. 30 Min > Seite 1

Datum: _____

Dauer: SA 09:30 Uhr bis ca. 18:30 Uhr

SO 09:00 Uhr bis ca. 18:00 Uhr

Seminarort: SIBerlin, Reichsstraße 108, 14052 Berlin

Vorname /Nachname: _____

Straße /Nr.: _____

(PLZ) Ort: _____

Telefon /Mobil _____

E-Mail: _____

Empfohlen durch: _____

Ich überweise **vorab** auf das Konto von Dr. Gerald Jentsch:
IBAN: DE16 7025 0150 0027 2168 94 | BIC: BYLADEM1KMS

Ich bezahle bei Seminarbeginn.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Jeder Teilnehmer trägt die volle Verantwortung für sich und seine Handlungen innerhalb und außerhalb der Gruppe. Bei Rücktritt fällt für Aufsteller an: bis 14 Tage vor Seminarbeginn eine Bearbeitungsgebühr von € 20, danach 2/3, am Seminartag die volle Teilnahmegebühr. Die Vertragsbedingungen gelten für die erste und für alle weiteren Aufstellungen.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, auf der Grundlage des derzeit geltenden Rechts, insbesondere auf Grundlage der geltenden Datenschutzregelungen der derzeit geltenden DSGVO und der nationalen Datenschutzregelungen, Daten, die mir im Rahmen des therapeutischen Gruppenprozesses bekannt werden, nicht an Dritte Personen oder Institutionen weiterzugeben.

Ich möchte durch den Newsletter über Seminare, Termine und neue Videoclips mit Erläuterungen zu Kausal-Stellen informiert werden. Ich kann den Newsletter jederzeit abbestellen.

Ich möchte keinen Newsletter erhalten.

Die Anmeldung gilt erst nach Bestätigung unsererseits als verbindlich.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Anmeldung: Sabine Stark, Berlin; Mobil 0171 5292156: sa-stark@web.de de www.integrale-therapie.com

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortliche für die Datenverarbeitung sind: Hia Jentsch-Mathiesen/ Dr.rer.nat Gerald Jentsch
Kontakt: Praxis für Integrale Therapie, Röntgenstrasse 1, 82152 Planegg, Tel. 089/8576107 und Tel. 089/8575555
Internet: www.integrale-Therapie.com hia.jentsch-mathiesen@gmx.de gerald.jentsch@gmx.de

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 verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen ausführliche Vorgespräche, Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch unsere Praxis bzw. die Vorbereitung und Durchführung einer Kausalaufstellung in der Gruppe nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/ oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Psychotherapeuten, Laborärzte (laborärztliche Leistungen und Untersuchungen), Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen, Sozialleistungsträger, Berufsgenossenschaften (bei Berufskrankheiten) und Meldung gemäß Bundesinfektionsschutzgesetz (bei übertragbaren Krankheiten auch ohne Zustimmung ggf. anonymisiert) 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 berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

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 benötigen wir 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 uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 27 (Schloss), 91522 Ansbach
Tel: 0981-1300, Fax 0981-5300, <http://www.la-bayern.de>

6. ÜBERMITTLUNG VON MEDIZINISCHEN DATEN PER EMAIL, SMS UND WHATSAPP

Anfragen und Übermittlung von allen personenspezifischen Daten und/ oder medizinischen Fragen sowie Daten aller Art per WhatsApp® sind im Rahmen unserer Praxistätigkeit nicht zulässig und werden nicht beantwortet. Dasselbe gilt grundsätzlich ebenso für SMS. Sollte ein Austausch per SMS stattfinden, erklären Sie sich als Patient/ Stellvertreter mit der Übermittlung personenspezifischer Daten sowie dem Austausch von Patientendaten einverstanden.

Medizinische Anfragen und Datenübermittlung per Email sind im Praxisalltag unvermeidbar und erleichtern oder ergänzen das persönliche oder telefonische Patientengespräch und/ oder die Übermittlung von Information und patientenspezifischen Daten. Sie als Patient/ Stellvertreter erklären sich einverstanden, dass Kommunikation über diesen Weg erfolgen kann. Sie sind sich hierbei bewusst, dass ein Austausch per Mail ein unverschlüsselter Kommunikationsweg darstellt und stimmen diesem Weg ausdrücklich zu.

Die Emails werden gespeichert und archiviert (Siehe Punkt 4).

Sie können dem Austausch von medizinischer Information per Email auch jederzeit widersprechen.

7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO. Bundesdatenschutzgesetz.

Information zum Datenschutz habe ich erhalten und bin einverstanden.

Datum, Unterschrift