

Anmeldeformular und schriftliche Einwilligung in die IN DIE DATENVERARBEITUNG

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

HIERMIT erkläre ich,

Vorname: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Email: _____

Telefonnummer: _____

Private Krankenkasse: _____

mit Beihilfe

ohne Beihilfe

Gesetzliche Krankenkasse: _____

gegenüber der Praxis

Kristin Adler - Waldstr. 15 - 30163 Hannover

F 0511-59045383 – email: mail@kristinadler.de

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per Email übermitteln. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Honorarvereinbarung

Die Kosten für eine Behandlung belaufen sich zwischen 80-100,- pro Behandlungstermin.

Die Rechnungsstellung erfolgt über die GebüH, der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Terminausfall

Mir ist bekannt, dass die vereinbarten Termine 24 Stunden vor dem Termin gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin hiermit darüber informiert, daß mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigte nicht wahrgenommene Termine privat in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____