

## Anmeldeformular

### Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname		Nachname	
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d		Geburtsdatum	
Strasse und Nr.		PLZ und Wohnort	
Tel./Mobil		E-Mail	
Notfall-Kontaktadresse und -Telefon		Hausärztin/arzt, behandelnde/r Ärztin/Arzt	
Zusatzversicherung Komplementärtherapie		Versicherten-Nr.	

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Erhebung, Nutzung und Bearbeitung meiner Daten und den Zugriffen auf diese Daten durch Nicola Neumann einverstanden bin. Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis meine Daten an folgende Empfänger/innen weiterzuleiten:

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger/in	Zweck	Zustimmung (mit X markieren)
Stammdaten, persönliche Angaben	Daten für Zuordnung, Terminisierung, Rechnung	<b>Back in Motion GmbH</b>	Administration, Abrechnung nach gesetzl. und vertragl. Vorgaben	
Patient/innendaten der Physiotherapie von <b>Back in Motion</b>	Diagnosen, Befund, Krankengeschichte etc.	<b>Fulcrum Therapie &amp; Coaching ~ Nicola Neumann</b>	Gezielte Information zur effizienten Behandlung	
Behandlungsdaten	Inhalte/Verlauf der Behandlung, Prozesshaftigkeit	<b>Back in Motion GmbH</b>	Gezielter Informationsaustausch zur Nutzung interdisziplinärer Kompetenzen	
Behandlungsdaten	Inhalte/Verlauf der Behandlung, Prozesshaftigkeit	<b>Hausärztin/arzt</b>	Gezielter Informationsaustausch zur Nutzung interdisziplinärer Kompetenzen	
Behandlungsdaten	Inhalte/Verlauf der Behandlung, Prozesshaftigkeit	<b>Zusatzversicherer</b>	Verrechnung nach gesetzl. und vertragl. Vorgaben	

- ☐ Ich wurde auf die Datenschutzerklärung hingewiesen, habe sie gelesen, verstanden und akzeptiere diese.
- ☐ Ich wurde auf die AGB hingewiesen, habe sie gelesen, verstanden und akzeptiere diese.

Datum, Ort

Unterschrift Klient/in

Nicola Neumann