



Datenblatt – Kundeninformation

Herzlich Willkommen in meiner Privatpraxis für ganzheitliche Massage.

Um Sie optimal behandeln zu können, benötige Ich Informationen zu Ihnen als Person und zu Ihren Behandlungszielen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden in jedem Fall vertraulich behandelt.

Die von mir angebotenen Behandlungen dienen der Gesundheit und der Prävention. Bitte wenden sie sich jederzeit an einen (Fach-) Arzt, um gesundheitliche Einschränkung/Symptome abzuklären und wo nötig medizinisch behandeln zu lassen.

Angaben zu Ihrer Person (Felder mit * bitte unbedingt ausfüllen):

Vorname/Nachname*:
Geb.am:
Strasse:
PLZ/Ort:
Tel.*:
Email:

Angaben zu Ihrem körperlichen Wohlbefinden:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen/ Nebenerkrankungen, wie z.B. Krebs, Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Herz- & Gefäßerkrankungen, etc.?
Nein ☐ Ja ☐ Welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wie z.B. Schmerzmittel, Cortison, Blutverdünner, Psychopharmaka, etc.?
Nein ☐ Ja ☐ Welche:

Gibt es von ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen die wir beachten müssen, bzw. Bewegungen/Sportarten/Aktivitäten die Sie nicht ausführen dürfen?
Nein ☐ Ja ☐ Welche:

Sind Sie schwanger? Nein ☐ Ja ☐

Wurden Sie in den letzten 48 Stunden geimpft? Nein ☐ Ja ☐

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Behandlungen?



Ausdrückliche Einwilligung gemäß Datenschutzbestimmungen nach DSGVO

Datennutzung mit Gesetzesgrundlage

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name und Telefonnummer, die allein zum Zwecke der Durchführung der vereinbarten Behandlungen notwendig und erforderlich

sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen (Art.6 Abs. 1 DSGVO) erhoben und bearbeitet.

Sie erhalten gerne Auskunft darüber, welche personenbezogenen Daten über Sie gespeichert wurden. Sofern Ihr Wunsch nicht mit einer gesetzlichen Pflicht zur Aufbewahrung von Daten kollidiert, haben Sie ein Anrecht auf Berichtigung falscher Daten und auf die Sperrung oder Löschung Ihrer personenbezogenen Daten (Art.13 Abs. 2 DSGVO).

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung meiner Kunden. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen und jederzeit widerrufen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit dem folgenden Nutzungszweck einverstanden, kreuzen Sie diesen bitte an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie das Feld bitte frei.

///



Ich willige ein, dass mir die Privatpraxis Ariane Wunderle postalisch oder elektronisch Informationen und Angebote zum Zwecke der Kundeninformation übersendet.

Ort, Datum

Unterschrift