

## Schwangerschaftsgymnastik

Zur Zeit bieten wir keine Schwangerschaftsgymnastik an

### Teilnahmebedingungen

1. Der Kurs findet wöchentlich statt und umfasst 5 Stunden à 60 Minuten.
2. Es gilt die 3G-Regelung. Bitte bringen Sie den entsprechenden Nachweis mit.
3. Die verbindliche Anmeldung (Seite 2) senden Sie uns bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben zu. Wir bestätigen Ihnen die Anmeldung für den gewünschten Kurs per E-Mail. Die Rechnung senden wir Ihnen separat zu.
4. Die Kursgebühr beläuft sich für alle 5 Kurseinheiten auf 80,00 Euro.
5. So finden Sie uns: MEDIPARG GmbH  
Schifferstraße 59  
60594 Frankfurt  
Hinterhaus, 3. Etage
6. Bitte beachten Sie:
  - Die Anmeldung ist nur für den gesamten Kurs möglich. Die Rückerstattung einzelner Termine, auch bei entschuldigtem Fehlen, ist leider nicht möglich.
  - Es ist nicht möglich, Teilnehmer während des laufenden Kurses durch einen anderen zu ersetzen. Versäumte Stunden können nicht nachgeholt werden. Der Gebührenanspruch bleibt dennoch bestehen, unerheblich aus welchem Grund die Teilnahme nicht erfolgte.
  - Eine ordentliche Kündigung vor Kursende ist nicht möglich.
  - Nach Buchung kann der Kurs bis zu 3 Wochen vor Beginn des Kurses in schriftlicher Form ohne anfallende Kosten storniert werden. Danach wird die volle Kursgebühr fällig.
  - MEDIPARG GmbH behält sich vor, bei zu geringer Teilnehmerzahl Kurse ersatzlos zu streichen. Bereits bezahlte Kursgebühren werden rückerstattet. Falls der Kurs ausfallen muss, melden wir uns umgehend bei Ihnen.
  - Sie benötigen bequeme Sportkleidung, ein großes Handtuch und etwas zum Trinken.
7. Für Fragen stehen wir Ihnen unter [mediparg-kurse@khs-ffm.de](mailto:mediparg-kurse@khs-ffm.de) gern zur Verfügung.

### Corona bedingte Sonderregelung:

- Für diesen Kurs ist aufgrund der Corona Pandemie eine Verordnung nötig, da der Kurs als Präsenzkurs vor Ort stattfindet.
- Das kann sowohl ein Kassen-Rezept als auch eine Privatverordnung sein. Bitte bringen Sie die Verordnung zum Kursbeginn mit.

## Verbindliche Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Kurs „Schwangerschaftsgymnastik“ im MEDIPARG Sachsenhausen an:

<b>Beginn des Kurses</b>	
<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Straße/Nr.</b>	
<b>PLZ/Ort</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Impfstatus:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geimpft                      Datum:</li> <li>• Genesen                      Datum:</li> <li>• Nicht geimpft/ genesen    <input type="checkbox"/></li> </ul>

Ich bestätige, mit meinem Frauenarzt / meiner Hebamme meine aktuelle körperliche Verfassung besprochen zu haben und deren Zustimmung für pränatale sportliche Übungen zu haben. Sollte ich mich zum Kursbeginn oder während des Kurses nicht gut fühlen, informiere ich den Trainer sofort darüber. Ich bin für meine Sicherheit während der Teilnahme am Kurs selbst verantwortlich. Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den Teilnahmebedingungen einverstanden. Ich bin über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten von und meine Rechte bezüglich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten informiert worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unser Kursangebot aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche und ET \_\_\_\_\_

### Gesundheitsangaben der Teilnehmerin:

Bestehen zurzeit Beschwerden / Erkrankungen die das Training einschränken könnten?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

\_\_\_\_\_

Gibt es Informationen zu Ihrer Schwangerschaft, die für die Kursteilnahme relevant sind?

\_\_\_\_\_

Was sind Ihre Ziele für die Teilnahme an diesem Kurs?

\_\_\_\_\_

Machen Sie aktuell auch andere Sportarten? Welche? Wie häufig?

\_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meinem Frauenarzt / meiner Hebamme meine aktuelle körperliche Verfassung besprochen zu haben und deren Zustimmung für pränatale sportliche Übungen zu haben. Sollte ich mich zum Kursbeginn oder während des Kurses nicht gut fühlen, informiere ich den Trainer sofort darüber. Ich bin für meine Sicherheit während der Teilnahme am Kurs selbst verantwortlich.

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und akzeptiere die Bedingungen.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

## Information zum Datenschutz

Sehr geehrte KursteilnehmerInnen,  
**der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten liegt uns am Herzen!**

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Aufgrund unserer diakonischen Ausrichtung ist für uns das Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) bindend, das der EU-Datenschutz-Grundverordnung (gemäß Art. 81 DSGVO) gleichwertig ist. Diese Information soll Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die MEDIPARG GmbH informieren. Sollten Sie mehr Informationen wünschen, so liegen in allen Wartebereichen die "Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß § 16ff DSG-EKD" aus. Selbstverständlich können Sie auch unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu ansprechen.

### 1. Verantwortlichkeiten für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher gem. § 4 Abs. 9 DSG-EKD ist:

MEDIPARG GmbH  
Schulstraße 31  
60594 Frankfurt am Main  
Geschäftsführer Eva Gabel

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [datenschutz@khs-ffm.de](mailto:datenschutz@khs-ffm.de) oder unter oben genannter Postadresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“.

### 2. Zweck der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist §13 Abs. 2 Satz 8. in Verbindung mit §13 Abs. 3 DSG-EKD. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Zu den personenbezogenen Gesundheitsdaten zählen alle Daten, die sich auf den Gesundheitszustand einer betroffenen Person beziehen und aus denen Informationen über den früheren, gegenwärtigen und künftigen körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand der betroffenen Person hervorgehen (§4 Abs. 17 DSG-EKD).

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen 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).

Diese Daten werden von uns gespeichert, um Untersuchungsergebnisse gemäß § 10 Abs. 1 Musterberufsordnung der Ärzte (MBO-Ä) dokumentieren zu können, und um mit Ihrer Krankenversicherung abzurechnen. Zur ärztlichen Dokumentation sind wir nach §630f BGB (Dokumentation der Behandlung) gesetzlich verpflichtet.

Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen 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 oder die gesetzliche Aufbewahrungspflicht abgelaufen ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Alle mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten betrauten Personen sind schriftlich auf das Datengeheimnis verpflichtet.

### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht gemäß DSG-EKD, 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.

Möchten Sie ihr Recht auf Widerruf einer Einwilligung geltend machen, oder Ihre Rechte nach DSG-EKD wahrnehmen, so sprechen Sie gerne unsere Mitarbeiter an oder schreiben Sie uns Ihr Anliegen an oben angegebene Adresse.