

Kennntnisnahme des gewerblichen Charakters von Shiatsu und Einwilligung in die Erfassung personenbezogener Daten gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO)

Ich,

.....
(Name, Vorname, Titel)

bestätige hiermit, dass ich von Gabriele Scharf über den gewerblichen Charakter von Shiatsu aufgeklärt wurde. Naturgemäß dürfen gewerbliche Behandlungen nur an gesunden Menschen bzw. nach Rücksprache mit dem Arzt/ der Ärztin oder Therapeuten/Therapeutin durchgeführt werden.

Des Weiteren wurde ich darüber ausdrücklich in Kenntnis gesetzt, dass Shiatsu kein Gesundheitsberuf ist und keinen Ersatz für eine medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische oder sonstige therapeutische Behandlung darstellt.

Beim Vorliegen von Beschwerden ist eine medizinische Abklärung unbedingt notwendig, und ich nehme zur Kenntnis, dass Shiatsu-Behandlungen in diesem Fall nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt / Therapeut – eventuell nach Hinzuziehung zusätzlicher Meinungen anderer fachkundiger Ärzte / Therapeuten – stattfinden können.

Des Weiteren stimme ich zu, dass meine Daten

- Name, Vorname, Titel
- Geburtsdatum
- Kontaktdaten (wie Adresse, Telefonnummer, Mail-Adresse)
- Bankdaten (für Zahlungen bzw. Rückzahlungen, die bargeldlos erfolgen)
- gesundheits- und krankheitsrelevante Daten
- Dokumentation der Behandlungen

zum Zweck

- der professionellen Durchführung der Behandlungen
- der Kontaktpflege (Terminvereinbarungen etc.)
- der Information über Serviceleistungen im Kontext der Behandlungen

5 Jahre nach der letzten Behandlung gespeichert bzw. aufbewahrt werden. Es erfolgt keinerlei Weitergabe der Daten an Dritte.

Von dieser Vereinbarung nicht betroffen ist die steuerrechtliche Gebarung und Aufbewahrungspflicht (§ 132 Abs 1 BAO), die allerdings nur die Rechnungslegung betrifft und 7 Jahre beträgt (bzw. darüber hinaus solange sie für die Abgabenbehörde in einem anhängigen Verfahren von Bedeutung sind).

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen abändern oder widerrufen:

- postalisch an: Gabriele Scharf, Attendorfberg 128, 8151 Hitzendorf
- per E-Mail an: praxis@shiatsu-gabi.at

Durch den Widerruf entstehen mir keinerlei Kosten, abgesehen von Portokosten bzw. Übermittlungskosten nach den bestehenden Grundtarifen.

Hitzendorf,

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)