

**Anmeldung  
zu einem Angebot  
der SGMO**

Tel. des Patienten:

**BITTE MIT BLOCKSCHRIFT oder REZEPTDRUCKER AUSFÜLLEN bzw. AUFKLEBER VERWENDEN!  
Telefonnummer des Kursteilnehmers bitte nicht vergessen! DANKE!**

Praxisstempel bzw. Name und Anschrift des  
Hausarztes:

Unterschrift Arzt:

**Ich interessiere mich für folgendes Angebot / die Teilnahme wird vom behandelnden  
Arzt empfohlen (bitte zutreffendes ankreuzen):**

**Schlank auf Dauer** (Programm zur Gewichtsreduktion für Erwachsene)

**8 Abende** (jeweils 90 Minuten) – Kursgebühr: auf Anfrage

Viele Krankenkassen erstatten einen Teil der Kursgebühr – Details bei Ihrer Kasse!

**Bitte angeben:**

**BMI:** \_\_\_\_\_ **oder: Gewicht:** \_\_\_\_\_ **kg und Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **cm**

**Bitte informieren Sie mich über den nächsten Kurstermin!**

**Knochengesund essen – aktiv gegen Osteoporose**

**Kompaktkurs mit 2 Terminen á 3 Stunden** – Kursgebühr: auf Anfrage

Viele Krankenkassen erstatten einen Teil der Kursgebühr – Details bei Ihrer Kasse!

Ich bevorzuge einen  **Vormittagskurs** /  **Abendkurs** (bitte ankreuzen)

**Bitte informieren Sie mich über den nächsten Kurstermin!**

**Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für individuelle ERNÄHRUNGSBERATUNG**

(durchgeführt von einer zert. Ernährungsfachkraft)

bei (Diagnose): \_\_\_\_\_

**Eine ernährungstherapeutische Intervention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 o. 2 SGB V ist  
notwendig.** Der/die o.g. Patient/in bittet um Zusendung eines Kostenvoranschlages.

Bei der Krankenkasse kann einer Erstattung der Beratungskosten beantragt werden.

**Datenschutzerklärung**

Ich stimme der Weitergabe meiner Daten an die SGMO zu. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir genannten personenbezogenen Daten durch von der SGMO autorisierte Personen, welche der Schweigepflicht unterliegen, ausschließlich zur Durchführung des organisatorischen Ablaufs zur obengenannten Leistung verarbeitet werden.

**Die Daten werden insbesondere nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.**

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine von der SGMO in Zusammenhang mit der Kurs- oder Beratungsteilnahme erhobenen und gespeicherten Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Hierzu sende ich eine schriftliche Mitteilung unter Angabe meiner Anschrift und E-Mail-Adresse an die Schulungs-Gemeinschaft München Ost e.V. (E-Mail: orga@schulung-muenchen-ost.de).

Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine der SGMO überlassenen Daten drei Jahre nach Abschluss des Kurses oder der Beratung gelöscht, ebenso wenn innerhalb von zwei Jahren keine Teilnahme erfolgt.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.