

Rahmenvereinbarungen Präventionskurs



Vielen Dank für Ihre verbindliche Anmeldung zum Präventionskurs.

Name _____ Geburtstag _____

Firma _____

Kurs _____ Kursbeginn _____

1. Der Kurs verläuft mit aufeinander aufbauenden Terminen.
2. Sind Sie zu einem Termin verhindert, bitten wir Sie, mindestens 24 Stunden vor Kursbeginn abzusagen.
3. Zur Kursabrechnung gelten die angekreuzten Vereinbarungen:
 - Die Krankenkasse bezuschusst Ihnen einen Teil der Kosten oder übernimmt die Kosten ganz. Dafür ist eine Teilnahme von mind. 80% ausschlaggebend. Erkundigen Sie sich bitte vorher über die Höhe der Kostenübernahme.
 - Privatzahlerkurs
4. Die gesundheitsfördernde Maßnahme ist für normal belastbare, gesunde Menschen konzipiert. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Teilnahme auf eigene Gefahr erfolgt.
5. Wir empfehlen Ihnen bei gesundheitlichen Einschränkungen dringend, ärztlichen Rat zur Kursteilnahme einzuholen.
6. Wir bitten um Verständnis, dass wir uns die Absage von Kursen, z. B. bei zu geringer Teilnehmerzahl, vorbehalten müssen.
7. Bitte erscheinen Sie in angemessener Kleidung pünktlich im Kursraum oder am vereinbarten Treffpunkt.
8. Für die Garderobe und Wertsachen übernehmen wir keine Haftung.
9. Eine erfolgreiche und zielführende Durchführung ist gekoppelt an das aktuelle Hygienekonzept der Praxis.
 - Bitte beachten Sie die Beschilderungen mit Hygienehinweisen vor Ort.
 - Weisen Sie Symptome einer COVID 19 Infektion oder grippeähnliche Symptome auf, bitten wir Sie, auf die Teilnahme am Kurs zu verzichten.
 - Regelungen, die sich aus der sächsischen Coronaschutzverordnung ergeben, sind einzuhalten.

Datenschutz

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz sind wir verpflichtet, die mit Ihrer Einwilligung erhobenen personenbezogenen Daten zur Anmeldung, Kursplanung und Durchführung sowie Dokumentation und Abrechnung vertraulich zu behandeln. Diese Daten werden für Dritte unzugänglich aufbewahrt.

Mit Ihrer Unterschrift

- erklären Sie sich mit den Rahmenbedingungen einverstanden.
- wirken Sie an der Einhaltung unseres Hygienekonzeptes mit.

Ort, Datum _____

Teilnehmer/in
Unterschrift _____

Praxis
Stempel/Unterschrift _____