

Arztfreigabe

zur Teilnahme an Angeboten des Projektes „Bewegung und Sport mit onkologischen Patienten“

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen. Wir garantieren Ihnen, dass die Daten **STRENG VERTRAULICH** behandelt, und nicht an Dritte weitergegeben werden.

VORNAME _____ NAME _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geschlecht weiblich männlich Geb.-Datum ____/____/____

Hiermit bestätige ich, dass **Herr | Frau** _____
an einem, speziell auf die Bedürfnisse onkologischer Patienten abgestimmten
Bewegungskurs teilnehmen kann.

ANMERKUNGEN

Datum _____ Unterschrift/Arztstempel _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Vor- und Nachname _____

Ich stimme zu, dass meine folgenden persönlichen Daten, nämlich

Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum, sowie sonstige von meinem Arzt/meiner Ärztin oder mir angegebenen Gesundheitsdaten und Anmerkungen

von der ASKÖ-Tirol (Langer Weg 15, 6020 Innsbruck; anmeldung@askoe-tirol.at; ZVR-Nummer: 356359011) für folgende Zwecke gespeichert und verarbeitet und nur an mich weitergegeben werden:

- Teilnahme an Angeboten im Rahmen des Projektes Bewegung und Sport mit onkologischen Patienten**
- Zusendung von aktuellen Angeboten bzw. aktuellem Kursprogramm**

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die Datenschutzerklärung der ASKÖ-Tirol finde ich unter: <https://www.askoe-tirol.at/de/datenschutz>

Datum

Unterschrift