

# 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](mailto: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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift