

PRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE  
**SELBSTÄNDIGES TRAINING**



S A B I N E  
O R T M A N N  
F E L S

Einverständniserklärung und Datenschutzhinweise

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Erklärung zur eigenverantwortlichen Nutzung**

Ich, der/die Unterzeichnende, erkläre hiermit, dass ich die Trainingsgeräte/-einrichtungen der Physiotherapiepraxis Ortmann-Fels auf eigene Verantwortung und Gefahr nutze. Mir ist bewusst, dass bei unsachgemäßer Anwendung gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Verletzungen entstehen können. Ich bestätige, dass ich körperlich in der Lage bin, die Geräte gefahrlos zu nutzen und ggf. eine ärztliche Freigabe eingeholt habe.

### **Haftungsausschluss**

Ich entbinde die Physiotherapiepraxis Ortmann-Fels sowie deren Mitarbeiter von jeglicher Haftung für Schäden, Verletzungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die aus der Nutzung resultieren – ausgenommen bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

### **Nutzungsregeln**

Ich habe die geltenden Sicherheitshinweise und Nutzungsregeln erhalten, gelesen, verstanden und verpflichte mich, diese einzuhalten.

### **Datenschutzinformationen gemäß DSGVO**

- Verantwortlich, Sabine Ortmann-Fels, Rotenbergstraße 37, 70190 Stuttgart
- Datenverarbeitungszweck: Dokumentation der eigenverantwortlichen Nutzung von Trainingsgeräten
- Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung)
- Speicherdauer für die Dauer der Nutzungsbeziehung und gesetzliche Aufbewahrungsfristen
- Keine Weitergabe an Dritte, außer gesetzlich vorgeschrieben
- Widerruf ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich
- Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit
- Beschwerderecht bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde

Ich wurde über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten informiert und habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

---

### **Gültigkeit & Widerruf**

Diese Vereinbarung gilt bis zu ihrem schriftlichen Widerruf durch mich.

---

Datum, Ort, Unterschrift Patient\*in