



Thema: Reanimation am Kind

Kosten: 30,00 EUR

Ort: HEBAMMEN Höchberg
Hauptstraße 105
97204 Höchberg

Liebe Kursteilnehmerin, lieber Kursteilnehmer,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Workshop „Reanimation am Kleinkind“ und senden Ihnen hiermit einige wichtige Informationen!

Der Mini-Kurs wird durch das Bayerische Rote Kreuz (Kreisverband Würzburg) durchgeführt und findet einmalig über 90 Min statt. Die Grundsäulen des Workshops sind Präventionsmaßnahmen, Wundmanagement, Notfallbehandlung und ggf. individuelle Themenbehandlung der Teilnehmer.

Wir möchten Sie bitten, nur in Ausnahmefällen Ihr Kind mit zum Workshop mitzubringen, um ein möglichst gutes Lernklima zu garantieren.

Der Workshop findet in den Räumen der Hebammenpraxis Höchberg statt.

Wir bitten Sie mit dem beiliegenden Anmeldeformular um eine verbindliche Anmeldung unter Beachtung der unten genannten Teilnahmebedingungen.

Anmeldung und Sepa-Lastschriftmandat sind ausschließlich im Original zu übermitteln.

Teilnahmebedingungen:

Die Teilnehmerzahl des Kurses ist auf max. 15 Personen begrenzt. Ist die genannte max. Teilnehmerzahl erreicht, können weitere Anmeldungen nicht angenommen werden und sie werden umgehend informiert. Damit der Kurs stattfinden kann, benötigt es mindestens 10 Anmeldungen.

Die Anmeldung erfolgt schriftlich in dem dafür vorgesehenen Anmeldeformular. Wir bitten um Übermittlung des Sepa-Lastschriftmandates im **Original**.

Die Kursgebühr von 30 € pro Person wird **4 Wochen vor Kursbeginn** von Ihrem Konto abgebucht. Bitte achten sie auf ausreichende Kontodeckung und teilen sie uns Änderungen ihrer Kontodaten unverzüglich mit. Gebühren die hieraus entstehen, sind von der Patientin zu tragen.

Die Anmeldung ist verbindlich. Die Teilnehmer/innen erhalten keine Anmeldebestätigung.

Bei nicht Einhalten der Anmeldebedingungen wird der für Sie vorgemerkte Platz an eine Person auf der Warteliste weitergegeben und macht somit Ihre Vormerkung ungültig.

Versäumte Kursstunden können leider nicht nachgeholt werden.

Eine vorzeitige Kündigung ist, egal aus welchem Grunde, nicht möglich.

Auch auf das außerordentliche Kündigungsrecht nach §§626,627 BGB wird ausdrücklich verzichtet.

Wir freuen uns auf einen schönen Kurs mit Ihnen.

Alles Gute und bis bald,



Thema: Reanimation am Kind

Kosten: 30,00 EUR

Ort: HEBAMMEN Höchberg
Hauptstraße 105
97204 Höchberg

Datenschutzerklärung

Art und Zweck der verarbeiteten Daten

Im Rahmen der Hebammentätigkeit werden personenbezogene Daten der Patientin wie auch der (geborenen/ungeborenen) Kinder von der Hebamme als verantwortliche Stelle erhoben, verarbeitet und genutzt. Neben Angaben zu Person und sozialem Status (Name, Adresse, Kostenträger, usw.) gehören hierzu insbesondere für die Behandlung notwendigen medizinischen Befunde. Ein Umgang mit diesen Daten erfolgt lediglich, soweit dies für die Erbringung, Abrechnung, Dokumentation und Archivierung gemäß der Hebammenberufsordnung oder Sicherung der Qualität der Hilfeleistung der Hebamme erforderlich ist. Die Hebamme erfüllt die Voraussetzung für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten entsprechen des Art. 9 Abs. 3 DSGVO.

Weitergabe der Daten

Die Daten werden nur an Dritte übermittelt, wenn die Patientin einwilligt oder eine gesetzliche Grundlage hierfür besteht, was in folgenden Konstellationen regelmäßig der Fall ist:

- Die Hebamme unterliegt auch gegenüber anderen an der Behandlung beteiligten Personen (z.B. Ärzten) der Schweigepflicht. Die medizinisch erforderlichen Daten wird die Hebamme jedoch mit diesen Personen austauschen, sofern die Patientin hiermit einverstanden ist oder eine Notsituation dies rechtfertigt, insbesondere wenn die Patientin nicht ansprechbar und weitere Hilfe dringlich ist.
- Die Abrechnung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern, insbesondere den Krankenkassen, erfolgt direkt diesen gegenüber, sei es durch die Hebamme unmittelbar oder entsprechend § 301a Abs. 2 SGB V über eine externe Abrechnungsstelle.
- Bei Privatpatientinnen oder im Rahmen der Wahlleistungen erfolgt die Abrechnung direkt gegenüber der Patientin, sei es durch die Hebammen unmittelbar oder mit separat zu erklärender Einwilligung der Patientin über eine externe Abrechnungsstelle.
- Sofern Probenentnahmen (z.B. Blut) vorgenommen werden, führt die Hebamme die Untersuchung der Proben nicht selbst durch, sondern beauftragt damit im Namen des Patienten einen Laborarzt bzw. ein medizinisches Labor.

Des Weiteren werden Ihre Daten an folgende Empfänger weitergegeben:
Team-Kolleginnen im Vertretungsfall.

Dauer der Speicherung

Ihre Daten werden zunächst so lange gespeichert, bis die Betreuung abgeschlossen und abgerechnet ist. Nach der Rechnungsstellung entstehen gesetzliche Aufbewahrungspflichten aus dem Steuerrecht (§14b UStG). Danach müssen entsprechende Nachweise zehn Jahre aufbewahrt werden. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres.

Ferner besteht eine Aufbewahrungspflicht gemäß der Hebammenberufsordnung für die Dokumentation der Hebammenversorgung von 10 Jahren. Die Hebamme ist aufgrund § 199 Abs. 2 BGB berechtigt, die Dokumentation bis zum 30 Jahre aufzubewahren.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung, und Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Sofern die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, besteht auf Ihrer Seite ein Recht auf Auskunft (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO). Darüber hinaus haben sie ggf. ein Widerspruchsrecht gegen diese Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Beschwerderecht und Aufsichtsbehörde

Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO die Möglichkeit, Beschwerde bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde zu erheben. In diesem Falle ist dies die zuständige Aufsichtsbehörde:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27 (Schloss)
91522 Ansbach
Telefon: 0981/53-1300
Telefax: 0981/53-5300
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de
Website: <http://www.lda.bayern.de>

Ihre HEBAMMEN Höchberg



Thema: Reanimation am Kind

Kosten: 30,00 EUR

Ort: HEBAMMEN Höchberg
Hauptstraße 105
97204 Höchberg

Workshop „Reanimation am Kleinkind“: _____ (bitte Datum eintragen)

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Tel: _____

Bitte ankreuzen und ggf. ergänzen:

- Ich melde keine weitere Person zum Workshop an.
- Ich melde _____ weitere Person(en) zum Workshop an.

Teilnahmebedingung:

Die Teilnehmerzahl des Kurses ist auf max. 15 Personen begrenzt. Ist die genannte max. Teilnehmerzahl erreicht, können weitere Anmeldungen nicht angenommen werden und sie werden umgehend informiert. Damit der Kurs stattfinden kann benötigt es mindestens 10 Anmeldungen.

Die Anmeldung erfolgt schriftlich in dem dafür vorgesehenen Anmeldeformular. Wir bitten um Übermittlung des Sepa-Lastschriftmandates im **Original**.

Die Kursgebühr von 30 € pro Person wird **4 Wochen vor Kursbeginn** von Ihrem Konto abgebucht. Bitte achten sie auf ausreichende Kontodeckung und teilen sie uns Änderungen ihrer Kontodaten unverzüglich mit. Gebühren die hieraus entstehen, sind von der Patientin zu tragen.

Die Anmeldung ist verbindlich. Die Teilnehmer/innen erhalten keine Anmeldebestätigung.

Bei nicht Einhalten der Anmeldebedingungen wird der für Sie vorgemerkte Platz an eine Person auf der Warteliste weitergegeben und macht somit Ihre Vormerkung ungültig.

Versäumte Kursstunden können leider nicht nachgeholt werden.

Eine vorzeitige Kündigung ist, egal aus welchem Grunde, nicht möglich.

Auch auf das außerordentliche Kündigungsrecht nach §§626,627 BGB wird ausdrücklich verzichtet.

Ich melde mich hiermit zum genannten Kurs an und bin mit den Teilnahmebedingungen sowie der Datenschutzerklärung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift



Thema: Reanimation am Kind

Kosten: 30,00 EUR

Ort: HEBAMMEN Höchberg
Hauptstraße 105
97204 Höchberg

SEPA Lastschriftmandat

**SEPA Direct Debit
Mandate**

Reanimation am Kind:

Name Teilnehmer/in: _____

Datum des Kurses: _____

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: HEBAMMEN Höchberg	
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address	
Straße und Hausnummer / Street name and number: Hauptstraße 105	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 97204 Höchberg	Land / Country: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: [D E 2 4 Z Z Z 0 0 0 0 1 9 1 8 8 7 6]	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor): _____	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).</p> <p>As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.</p>	

Zahlungsart / Type of payment: <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name: _____	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address* <small>* Angabe freigestellt / Optional information</small>	
Straße und Hausnummer / Street name and number: _____	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: _____	Land / Country: _____
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters): _____	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters): _____ <small>Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt. Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.</small>	
Ort / Location: _____	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY): _____
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: _____	