



## Einverständniserklärung zur Adressveröffentlichung

Ich / Mitarbeiter meiner Praxis/Einrichtung habe(n) am Deutschen Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie an der Fortbildung „Therapie bei Juveniler idiopathischer Arthritis“ teilgenommen.

Ich bin mit der Veröffentlichung der unten genannten Daten, im Rahmen einer digitalen **Therapeutenliste**, bis auf schriftlichen Widerruf, im Internet einverstanden.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke!)

Neuaufnahme  Änderung der Daten

Name Fortbildungsteilnehmer: \_\_\_\_\_

Grundkurs \_\_\_\_\_  
(Monat /Jahr)

Profession:  Physiotherapeut/in

Ergotherapeut/in

Aufbaukurs \_\_\_\_\_  
(Monat /Jahr)

Masseur/in / med. Bademeister/in

\_\_\_\_\_

Praxisname \_\_\_\_\_

Str., Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

- Ich wünsche eine Überprüfung meiner Daten (alle 1-2 Jahre), und kann hierfür unter oben\* /unten\* genannter E-Mail-Adresse bis auf schriftlichen Widerruf angeschrieben werden.  
(\*bitte streichen!)
- Ich möchte bis auf Widerruf mit oben\* / unten\* genannter E-Mail-Adresse in den Newsletter der Klinik aufgenommen werden, um über Fortbildungen, Vorträge und Veranstaltungen der Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen informiert zu werden.  
(\*bitte streichen!)

\_\_\_\_\_ abweichende E-Mail-Adresse, (wird nicht veröffentlicht!)

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift Praxisleitung

Einverständniserklärung zum Download: [www.rheuma-kinderklinik.de/service/downloadbereich](http://www.rheuma-kinderklinik.de/service/downloadbereich)

Bitte zurück an:  
Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH  
- z. Hd. Physiotherapie -  
Gehfeldstr. 24  
82467 Garmisch-Partenkirchen

per Fax:  
08821-701-9300

per Mail:  
[georgi.mathias@rheuma-kinderklinik.de](mailto:georgi.mathias@rheuma-kinderklinik.de)