

## GEBURTSHAUS UND HEBAMMENPRAXIS LÜBECK

RATZEBURGER ALLEE 89 • 23562 LÜBECK • Tel.: 0451/ 3 61 29 • Fax: 0451 / 5 82 35 48

[www.hebammenpraxis-luebeck.de](http://www.hebammenpraxis-luebeck.de)

---

### Anmeldebogen „ein bewusster Rückblick“

Der Kurs dauert vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Hebamme **Maria Lederer**

Name, Vorname,  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ggf. E-Mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtstag des Kindes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankenkasse (Name + Nr.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zum oben genannten Kurs an.

Kosten: 110 Euro Selbstbehalt für Frauen, deren Kasse ein Teil davon übernimmt;

200 Euro für Frauen ohne finanziellen Zuschuss der Kasse.

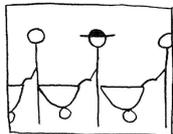
Die Kursgebühr entrichten Sie bitte bei Kursbeginn.

Bei Erstanmeldung erbitten wir eine Anmeldegebühr von **25,00€** auf das unten genannte Konto,

Lübeck, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift

Bringen Sie Ihre Versichertenkarte mit !



## **GEBURTSHAUS UND HEBAMMENPRAXIS LÜBECK**

RATZEBURGER ALLEE 89•23562 LÜBECK•Tel.: 0451/ 3 61 29•Fax: 0451 / 5 82 35 48

[www.hebammenpraxis-luebeck.de](http://www.hebammenpraxis-luebeck.de)

---

### **Informationen zum Datenschutz / Zustimmung zur Datenverarbeitung**

Ab dem 25.05.18 gilt die EU-Datenschutzgrundverordnung.

Im Zuge dessen benötigen wir eine ausdrückliche Zustimmung von Ihnen, daß wir Ihre Daten verarbeiten bzw. verwenden dürfen.

### **Personenbezogene Daten und deren Verwendung**

Mit der Anmeldung für unsere Kurse geben Sie uns Ihr Geburtsdatum, Ihre E-Mail Adresse, Ihre Telefonnummer und Ihre Adresse bekannt.

Ihre Daten werden nur von uns verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

### **Ihre Rechte**

Sie haben das Recht eine sofortige Auskunft über die erhobenen Daten zu verlangen.

Sie haben das Recht die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten zu veranlassen.

### **Einwilligungserklärung**

Ich stimme der Datenverarbeitung zu den oben genannten Bedingungen zu.

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

Name (Blockbuchstaben) \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_