

TEILNEHMERINNEN-FORMULAR

Vortrag

Veranstalterin

Dr. Ilse Rathke-Valencak
Ärztin für Allgemeinmedizin
www.lamedica.at
lamedica@posteo.at

Veranstaltungsdatum

Kurs

Persönliche Daten der Teilnehmer/in

Vorname

Nachname

E-Mail-Adresse

Telefonnummer (optional)

Geburtsdatum

Adresse

Persönliche Anliegen & Erwartungen an den Vortrag (optional):

Diese Angaben helfen bei der Vorbereitung und werden vertraulich behandelt.

Teilnahme

Ich melde mich verbindlich zum Vortrag an.

Ich bringe einen aktuellen Laborbefund mit und übermittle diesen spätestens eine Woche vor der Veranstaltung per E-Mail.

Medizinischer Hinweis

Der Vortrag dient der medizinisch fundierten Wissensvermittlung und Orientierung. Er ersetzt keine ärztliche Einzeltherapie. Die Teilnahme erfolgt eigenverantwortlich.

Ich habe diesen Hinweis gelesen und akzeptiert.

Anmeldung & Zahlung

Die Anmeldung wird erst mit Einlangen des Kursbeitrages verbindlich.

Anmeldeschluss: eine Woche vor der jeweiligen Veranstaltung.

Kursbeitrag: 30 Euro

KontoinhaberIn: Dr. Ilse Rathke-Valencak

IBAN: AT82 3473 2000 0002 8597

Bank: Raiffeisenbank Ottensheim

Verwendungszweck: Vortrag + Name der Teilnehmer/in

Ich nehme die Zahlungsbedingungen zur Kenntnis.

Ich möchte eine individuelle Beratung in Anspruch nehmen: 50 Euro (zusätzlich)

Laborbefund & Datenschutz

Teilnehmer/innen, die eine individuelle medizinische Einordnung ihres Laborbefundes wünschen, übermitteln diesen spätestens eine Woche vor der Veranstaltung per E-Mail an lamedica@posteo.at.

Aus Datenschutzgründen kann der Befund verschlüsselt und/oder ausschließlich mit den Initialen der Teilnehmer/innen gekennzeichnet sein.

Ich nehme diese Regelung zur Kenntnis.

Datenschutz

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich zur Organisation und Durchführung des Vortrag/Beratung verwendet werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Verschwiegenheitserklärung

Der Vortrag findet in einem geschützten Rahmen statt und lebt vom offenen Austausch persönlicher Erfahrungen.

Ich verpflichte mich, sämtliche persönlichen, medizinischen und privaten Informationen sowie Inhalte aus Gesprächen, Diskussionen und Erfahrungsberichten anderer Teilnehmer/innen, die mir im Rahmen des Hormonbrunches bekannt werden, vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.

Diese Verpflichtung gilt während der Veranstaltung sowie zeitlich unbegrenzt darüber hinaus.

Ort, Datum: _____

Name: _____
In Blockbuchstaben

Unterschrift: _____