



**Thema:** Geburtsvorbereitung am Abend

**Kosten:** Kaution 40 €  
Partnergebühr 50 €

**Ort:** HEBAMMEN Höchberg  
Hauptstr. 105  
97204 Höchberg

Sehr geehrte Kursteilnehmerin,

wir freuen uns über Ihre Anmeldung zum Geburtsvorbereitungskurs und senden Ihnen hiermit einige wichtige Informationen!

Der Kurs beinhaltet 7 Abende à 2 Stunden, zwei Abende davon werden mit Partner stattfinden. Dafür sind gewöhnlich der 4. und 6. Abend vorgesehen.  
Der Kurs findet einmal wöchentlich von 18:30- 20:30 Uhr in der Hebammenpraxis in Höchberg statt.

Der Kurs umfasst folgende Themen:  
Körperarbeit, Atmung mit Atemübungen, Entspannungsübungen, Massagen,  
Partnerübungen, Besprechung von Schwangerschaft/ Geburt/ Wochenbett, Stillen

**Das Sepa-Lastschriftmandat kann im Original oder unterschrieben per E-Mail übermittelt werden.**

---

**Teilnahmebedingung:**

Die Teilnehmerinnenzahl des Kurses ist auf max. 10 Frauen begrenzt. Ist die genannte max. Teilnehmerinnenzahl erreicht, können weitere Anmeldungen nicht angenommen werden.  
Die Anmeldung erfolgt online über unsere Homepage bzw. über Hebamio.

Die Gebühr von 90 € wird **4 Wochen vor Kursbeginn** von Ihrem Konto abgebucht. Bitte achten sie auf ausreichende Kontodeckung und teilen sie uns die Änderung ihrer Kontodaten unverzüglich mit. Gebühren die hieraus entstehen sind von der Patientin zu tragen.

Die Gebühr von 90 € setzt sich aus 40 € Kaution und 50 € Partnergebühr zusammen. Bei gesetzlich Versicherten wird am Kursende mit der Krankenkasse abgerechnet und der verbleibende Betrag in Höhe von 40 € wird zurückgebucht, sofern an allen Kursstunden teilgenommen wurde. Versäumte Kursstunden können nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden und müssen daher von der Teilnehmerin selbst entrichtet werden und werden von der Kaution einbehalten. Können die versäumten Kursstunden nicht mit der verbleibenden Kaution ausgeglichen werden, so erhält die Patientin nach Kursende eine Privatrechnung über den Differenzbetrag.

Privatversicherte leisten eine Vorauszahlung in Höhe von 50 € (Partnergebühr). Sie erhalten nach Ende des Kurses eine Privatrechnung.

Für eine Übernahme der Partnergebühr durch Ihre Krankenkasse kann nicht garantiert werden. Dies wird je nach Krankenkasse unterschiedlich gehandhabt.

Die Anmeldung ist verbindlich.

**Die Teilnehmerinnen erhalten keine Anmeldebestätigung.**

Bei nicht Einhalten der Anmeldebedingungen wird der für Sie vorgemerkte Platz an eine Frau auf der Warteliste weitergegeben und macht somit Ihre Vormerkung ungültig.  
Eine vorzeitige Kündigung ist, egal aus welchem Grunde, nicht möglich.  
Auch auf das vorzeitige Kündigungsrecht nach §§ 626/627 BGB wird ausdrücklich verzichtet.

---

Bitte bringen Sie zum Kurs Ihren Mutterpass und Ihr Krankenkassenkärtchen mit!  
Wir freuen uns auf Ihr Kommen! Alles Gute und bis bald.

## **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](mailto:poststelle@lda.bayern.de)

Website: <http://www.lda.bayern.de>

Ihre

HEBAMMEN Höchberg

**SEPA Lastschriftmandat**

**SEPA Direct Debit Mandate**



**Thema:** Geburtsvorbereitung am Abend

**Kosten:** Kaution 40 €  
Partnergebühr 50 €

**Ort:** HEBAMMEN Höchberg  
Hauptstr. 105  
97204 Höchberg

## Geburtsvorbereitungskurs

Name Teilnehmerin: \_\_\_\_\_ Datum Geburtsvorbereitungskurs: \_\_\_\_\_

Privat Versicherte: ( )

Gesetzlich Versicherte: ( )

( ) ja, ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und bin damit einverstanden

<b>Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:</b> HEBAMMEN Höchberg	
<b>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</b> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> Hauptstraße 105	
<b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b> 97204 Höchberg	<b>Land / Country:</b> Deutschland
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:</b> [ D E 2 4 Z Z Z 0 0 0 0 1 9 1 8 8 7 6 ]	
<b>Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):</b> _____	
<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>	

<b>Zahlungsart / Type of payment:</b> <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:</b> _____	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*</b> <small>* Angabe freigestellt / Optional information</small> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> _____	
<b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b> _____	<b>Land / Country:</b> _____
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):</b> _____	
<b>BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):</b> _____ <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>	
<b>Ort / Location:</b> _____	<b>Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):</b> _____
<b>Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:</b>  _____ _____	