

Ernährungsanamnese – Was sind Ihre Ziele?

MATHIAS WENGERT

INBESTFORM
Gesundheitsmanagement



Ihr Partner für Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden.

Lieber Athlet des Lebens,
der erste Schritt zu Ihrer Bestform ist getan. Sie haben sich dazu entschlossen, durch gezieltes Training und Coaching eine bewegtere, gesündere und vielleicht auch zufriedener Version Ihrer Selbst zu werden. Dazu möchte ich Sie beglückwünschen. Um diesen Weg so optimal wie möglich auf Sie zuzuschneiden, ist es wichtig, diesen Anamnese Bogen mit großer Sorgfalt auszufüllen. Unser Konzept „Die **INBESTFORM•EL**“ steht für einen ganzheitlich gesunden und vitalen Lebensstil. Dieser fußt auf den 3 grundlegenden Säulen: **Bewegt•Sein**, **Ernährt•Sein** & **Bewusst•Sein**

Bewegt•Sein: Bewegung ist Leben. Bewegung richtig ausgeführt ist vitales, schmerzfreies Leben. Nicht nur im Training, sondern auch im Alltag. Denn die Woche hat 168 Stunden.

Ernährt•Sein: Die Ernährung ist beim Thema Gesundheit mindestens so wichtig wie die Bewegung. Dabei gibt es so viele Mythen und Halbwisheiten, dass oftmals nur Verwirrung herrscht, was richtig und was falsch ist. Damit räumen wir auf.

Bewusst•Sein: Jeder Leistungssportler weiß, dass auf jede Belastung auch wieder Entspannung folgen muss. Das Thema Erholung vergessen wir als Athleten des Lebens leider häufig fast vollständig. Wir sind permanent im roten Drehzahlbereich unterwegs und wundern uns, warum wir abgeschlagen, müde und vielleicht sogar antriebslos sind. In gezielten Coachings geben wir Ihnen Maßnahmen an die Hand, dies zu ändern. Außerdem lernen Sie, besser auf Ihre Ressourcen zu achten und diese nachhaltig einzusetzen. Für ein ausgeglichenes Energie Konto.

Im Betreuungsangebot von **INBESTFORM®** coachen wir alle 3 Säulen, wenn Sie das möchten, oder einzelne Bausteine daraus. Ganz individuell wie Sie selbst. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg und viel Spaß auf Ihrem Weg zu Ihren Zielen.

Mathias Wengert



3 ELEMENTE

FÜR DIE GESUNDHEIT.
WIR FÜGEN ALLE 3 ELEMENTE
ZUSAMMEN.

Mit Hilfe der folgenden Fragen möchten wir einen Eindruck von Ihrer individuellen Belastbarkeit und möglichen Vorerkrankungen erhalten. Wir benötigen diese Informationen, um ein auf Ihre Ziele, Bedürfnisse und Anliegen abgestimmtes Gesundheitsmanagementprogramm entwickeln zu können. Sämtliche Angaben sind freiwillig, unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Angaben zur Person:

Name, Vorname:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon / Mobil:

Private Email:

Geburtsdatum: Beruf:

Notfall Kontaktperson und Tel.-Nummer:

Familienstand: Blutgruppe:

Ziele: z.B. Muskelaufbau, Gewichtsreduktion, Beweglichkeitstraining, Rückentraining, Schmerzfreiheit in ...

- Stoffwechsel & Ästhetik Ganzheitliche Vitalität Athletische Leistungsfähigkeit
 Persönlichkeitsentwicklung Sonstiges bitte hier eintragen...

Welche Inhalte aus unserem Angebot interessieren Sie am meisten?

- Umfassendes Screening 1:1 Personal Training Small Group Personal Training 1:6
 Functional Training Kurs Outdoor Training Pilates Kurs Personal Pilates
 Ernährungskoaching Ernährungsplan Coaching / Persönlichkeitsentwicklung
 Medizinische Labordiagnostik (Vitamin D, Omega3, Fettsäuren, BCAA-Aminosäuren, Mitochondriale Energie, Stress, Insulinresistenz)
 BGM Consulting Firmenfitness Ergonomieberatung
 3 Tage Gesundheitsseminar Gesunde Vorträge/Workshops
- Sonstiges:

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, geht es Ihnen um folgende Schwerpunkte im Training ... Das Wichtigste für Sie ist?

Was denken Sie, könnte Sie davon abhalten Ihre Ziele und Wünsche zu erreichen? (Mehrfachauswahl möglich)

- Zeit Engagement Geld Krankheit
 fehlende Hilfe Sonstiges:

Wie wichtig ist es Ihnen, Ihr Trainingsziel zu erreichen? (Skala: 10 = sehr wichtig)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welchem Zeitraum möchten Sie Ihr Ziel erreichen?

Sind Sie bereit in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Bewusstsein etwas zu verändern, um Ihr Ziel mit meiner Unterstützung zu erreichen?

- Ja klar
- Kommt darauf an, was es ist
- Nein

Was bedeutet es für Ihr tägliches Leben, wenn Sie Ihr Ziel erreichen? Wie fühlen Sie sich dabei?

Ressourcen, Resilienz, Stress und Bewusst•Sein:

Wo würden Sie Ihren momentanen Entspannungszustand einordnen?

(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie würden Sie die Qualität Ihrer Ernährung bewerten?

(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Fitnesslevel ein?

(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Gesundheitslevel ein?

(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie würden Sie Ihre momentane private Situation bewerten?

(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie schätzen Sie Ihr psychisches Wohlbefinden ein?

(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie häufig sind Sie gestresst? (Mehrfachauswahl möglich)

- dauerhaft gestresst
- öfters gestresst und gereizt
- manchmal gestresst und gereizt
- selten gestresst
- nie gestresst

Wie ist Ihr Schlafverhalten? (Mehrfachauswahl möglich)

- Einschlafschwierigkeiten
- Schlaflosigkeit

häufiges erwachen, Uhrzeit:

wann gehen Sie zu Bett?

wie fühlen Sie sich am Morgen?

In welcher Position schlafen Sie? (Mehrfachauswahl möglich)

- Seitenlage rechts
- Seitenlage links
- Bauchlage
- Rückenlage

Sind Sie Raucher/in? (Bitte nur eine Antwort angeben)

- wenn ja, wie viele am Tag?
- nein
- Ex-Raucher

Leiden Sie unter... ? (Mehrfachauswahl möglich)

- Konzentrationsschwäche Leistungsabfall Müdigkeit
- Stimmungsschwankungen Angstgefühlen Überforderung
- Unruhe Familienproblemen Arbeitsproblemen
- andere Probleme:

Wo liegen Ihre Stärken?

Was sind Ihre Schwächen?

Wie viele Urlaubstage gönnen Sie sich im Jahr?

Bei welchen Tätigkeiten, Aktivitäten und/oder in welchen Momenten können Sie besonders gut entspannen?

Bitte bewerten Sie Ihre Work-Life-Balance auf einer Skala von 1 bis 6: (Skala: 1 = ausgezeichnet, 6 = sehr schlecht)

- 1 2 3 4 5 6

Hatten Sie schon mal das Gefühl "ausgebrannt" zu sein?

- Ja Nein

wenn ja, warum?

Kennen Sie Ihren Vitamin D3 Spiegel?

- Ja und zwar wie (Einheit): Nein

Kennen Sie Ihren Omega3 Index (Verhältnis von Omega3 zu Omega6 Fettsäuren)?

- Ja und zwar wie (Einheit): Nein

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?(Mehrfachauswahl möglich)

- Rechtshänder
- Linkshänder

Wenn Sie die Wahl haben, nehmen Sie eher die Treppe oder den Aufzug/Rolltreppe?(Mehrfachauswahl möglich)

- Treppe
- Aufzug/Rolltreppe

Internistische und Bewegungsapparat Anamnese:

Was machen Sie beruflich? Körperliche Tätigkeit? Oder sitzende Tätigkeit? (Bitte nur eine Antwort angeben)

- körperliche Inaktivität
- sitzende Arbeitsweise und wenig Bewegung
- sitzenden Arbeitsweise und/aber mäßiger Sport
- sitzende Arbeitsweise und/aber intensiver Sport
- mäßige berufliche und sportliche Bewegung
- intensive berufliche und sportliche Bewegung

Ihre Arbeit ist geprägt durch ... (Mehrfachauswahl möglich)

- schwere Arbeit
- Transport oder Heben schwerer Gegenstände
- Über-Kopf-Arbeit
- gebeugte Körperhaltung
- Vibrationen & Erschütterungen
- Stehen
- Sitzen
- Hocken oder Knien
- mehr als 4 Stunden Bildschirmarbeit
- einförmige und monotone Arbeit
- sich häufig wiederholende Bewegungsabläufe
- hohe Konzentration und Aufmerksamkeit
- Zeit- und Leistungsdruck
- Sonstiges...

Kennen Sie Ihr Blut- Cholesterin (in mg%)

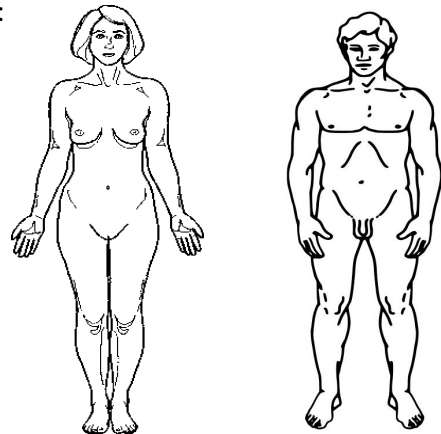
Haben Sie zur Zeit Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wie ist der Schmerzverlauf? konstant belastungsabhängig hin und wieder

eher selten Sonstiges:

Wie stark bewerten Sie die Schmerzen: wenig 1 2 3 4 5 6 stark

Hier können Sie Ihre Schmerzpunkte markieren oder beschreiben:



Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

wenn ja, Diagnosen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente:

Ja Nein

wenn ja, welche:

Haben Sie Diabeteserkrankungen in der Familie, leiden Sie selbst unter Diabetes? (Bitte nur eine Antwort angeben)

- Keine Diabeteserkrankung, auch nicht in der Familie
- Diabeteserkrankung in der Familie
- Gut eingestellte Diabeteserkrankung
- Schlecht eingestellte Diabeteserkrankung

Gibt es Herzerkrankungen in Ihrer Familie? Eltern oder Geschwister? Wie alt? (Bitte nur eine Antwort angeben)

- keine atherosklerotische Herzerkrankungen in der Familie
- ein Elternteil > 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
- beide Elternteile > 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
- ein Elternteil < 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
- beide Elternteile < 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
- Eltern und Geschwister < 60 mit atherosklerotischen Herzkrankheiten

Ihre Vorerkrankungen: (Mehrfachauswahl möglich)

- Herz-Kreislauf-Erkrankung
- Rücken Beschwerden/ Erkrankung
- Osteoporose
- Bandscheibenvorfall
- Asthma
- Rheuma/Fibromyalgie
- Schilddrüsenunter-/überfunktion
- Autoimmunerkrankungen
- Krebserkrankung

Bisherige Operationen:

Weiteres:

Nur für Frauen: Frage zu den Wechseljahren (Bitte nur eine Antwort angeben)

- Es liegt eine Schwangerschaft vor. (Wichtig, weil Einschränkung bei bestimmten Trainingsübungen!)
- Noch keine Wechseljahre
- Noch keine Wechseljahre, Eierstöcke wurden entfernt
- In den Wechseljahren
- Nach den Wechseljahren

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, z.B. sehr stark oder unregelmäßig?

- Ja
- nein

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

- Ja
- nein

Nehmen Sie Hormone / die Pille?

- Ja
- nein

Sport & Training:

Freizeitbeschäftigungen / Sport:

Sonstige Hobbys und Leidenschaften

Sind Sie körperliche Anstrengung gewöhnt?

Haben Sie Trainingserfahrungen?

- Ja Nein

wenn ja, welche?

Haben Sie eine Sportart leistungsbezogen durchgeführt?

- Ja Nein

Haben Sie Ambitionen für einen Wettkampf?

- Ja Nein

wenn ja, in welcher Sportart?

Wie oft pro Woche wollen Sie trainieren und wie lange soll eine Trainingseinheit dauern?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- 1-2 Mal
- 3-4 Mal
- 5-6 Mal
- 7 Mal

Wo möchten Sie vorwiegend trainieren? (Mehrfachauswahl möglich)

- zuhause
- Fitnessstudio
- im Büro
- in der Natur
- abwechselnd

Das Training bzw. Coaching bei uns und der damit verbundene Lifestyle stellt eine gewisse zeitliche Investition dar. Wo lassen Sie dafür los?

Möchten Sie Ihre Pläne auf Papier oder digital (via medo.coach App aufs Smartphone)?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Papier Digital (via App)

Fragen zum Thema Marketing:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? (Mehrfachauswahl möglich)

- Empfehlung von
- Internet, wenn ja wie genau?
- Flyer, Anzeige, Werbung, wenn ja wo genau?
- Sonstiges

Warum haben Sie sich für ein Angebot/Personal Training entschieden und was erwarten Sie von Ihrem Personal Trainer?

Haben Sie schon mal einen Personal Trainer gebucht?

- Ja nein

wenn ja, wen und wie waren Ihre Erfahrungen?

Fragen nur auszufüllen bei Trainingsziel Stoffwechsel & Ästhetik / Gewichtsreduktion:

Mit welchem Gewicht haben Sie sich wohlgefühlt? KG

Wie lange ist das her?

Was hat dazu geführt, dass Sie zugenommen haben?

Ernährungsfragen:

Wie sehen Ihre Essgewohnheiten aus? (Mehrfachauswahl möglich)

- Allesesser
- Vegetarier
- Veganer
- Paleo
- Low-Carb
- viel Fast Food, unterwegs

Ernähren Sie sich ausgewogen?

- Ja nein

Essen Sie regelmäßig die mindestens 5 empfohlenen Portionen Gemüse und Obst?

- Ja nein

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie in der Regel zu sich?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- 1 2 3 4 oder mehr

Wann essen Sie abends die letzte Mahlzeit?

Haben Sie das Gefühl sich gesund zu ernähren?

- Ja nein

Was haben Sie gestern gegessen? Beschreiben Sie bitte Ihr Essverhalten (Mehrfachauswahl möglich)

Frühstück:

Mittags:

Abends:

sonstige Snacks:

Wie viel Wasser trinken Sie täglich ? (ca. wie viel in ml):

Alkohol (was und ca. wie viel ml pro Woche):

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsprodukte, wie z.B. Vitamin- oder Mineralstofftabletten:

Ja nein

wenn ja, welche?

Zeigen Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Ja nein

wenn ja, welche?

Wollen Sie abnehmen? (Bitte nur eine Antwort angeben)

Nein Ja wenn ja, wie viele Kilogramm ca. ?

Wollen Sie zunehmen? (Bitte nur eine Antwort angeben)

Nein Ja wenn ja, wie viele Kilogramm ca. ?

Was ist Ihr Wunschgewicht?

Haben Sie Diäterfahrung?

Ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Probleme beim... ?(Mehrfachauswahl möglich)

Stuhlgang Wasserlassen

Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang? (Bitte nur eine Antwort angeben)

regelmäßig unregelmäßig

Wie ist Ihr Stuhlgang? (Bitte nur eine Antwort angeben)

hart weich unterschiedlich

Haben Sie häufig... ? (Mehrfachauswahl möglich)

Durchfall Verstopfungen einen nervösen Magen Blähungen

Haftungsausschlussvereinbarung

Im Rahmen der Beratungen und Trainingsangebote werden Ihnen Empfehlungen zur Bewegung, Entspannung und Ernährung, unter anderem auch zu speziellen Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Ihnen gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue „Dosierung“, entsprechend Ihres Zustandes notwendig. Ausdrücklich geben wir deshalb zu bedenken, dass bei bestimmten Indikationen grundsätzlich das Einverständnis und/oder eine Abklärung mit dem Hausarzt oder Facharzt notwendig sind.

Bitte beachten Sie, dass vor Beginn des Trainings und vor allem auch nach dem Training keine Schmerzen auftreten sollten. In diesem Falle ist der Trainer darauf hinzuweisen und nach Absprache mit dem Trainer zwingend der Arzt aufzusuchen.

Alle Kurse/Trainings in den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung setzen einen guten Gesundheitszustand voraus. Zwar sind auch im Falle einer der genannten Erkrankungen Präventionsprogramme sinnvoll, aber um mögliche Zwischenfälle auszuschließen, ist in allen Fällen eine medizinische Abklärung notwendig. Sollten Sie in dem ein oder anderen Bereich Probleme haben, z.B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Probleme, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vor der Kursanmeldung mit uns bzw. Ihrem Haus-, Fach- oder Werkarzt. Jegliche Teilnahme an Bewegungs-, Ernährungs- bzw. Entspannungsprogrammen erfolgt auf eigene Verantwortung. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden. Es besteht selbstverständlich eine Betriebshaftpflichtversicherung von INBESTFORM[®] um etwaigen gesetzlichen Haftungsansprüchen zu genügen.

Richtigkeit der Angaben:

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme des obigen Sachverhaltes und den Gesundheits-Check richtig und wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Ort: Datum:

Unterschrift:

Hinweise zur Datenverarbeitung

1. Name und Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen sowie der betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Diese Datenschutzhinweise gelten für die Datenverarbeitung durch: Verantwortliche Stelle:

Mathias Wengert INBESTFORM[®]-Gesundheitsmanagement

Pleidelsheimerstr. 11 – 74321 Bietigheim-Bissingen

Telefon: +49 (0)7142-918 48 03

Email: info@inbestform.de

Internet: www.inbestform.de

Unser betrieblicher Datenschutzbeauftragte ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Mathias Wengert, erreichbar.

2. Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten sowie Art und Zweck und deren Verwendung

Wenn Sie uns beauftragen, erheben wir folgende Informationen:

- Anrede, Vorname, Nachname,
- eine gültige E-Mail-Adresse,
- Anschrift,
- Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunk)
- Informationen, die für die Erfüllung unseres Vertrages mit Ihnen im Rahmen unserer Beauftragung notwendig sind.

Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

- um Sie als unseren Kunden identifizieren zu können;
- um Sie angemessen beraten und betreuen zu können;
- zur Korrespondenz mit Ihnen;

- zur Rechnungsstellung;
- zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie;

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Ihre Anfrage hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit.b DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Bearbeitung unseres Auftrages und für die beidseitige Erfüllung von Verpflichtungen aus dem Vertragsverhältnis erforderlich. Die für die Beauftragung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit.c DSGVO aufgrund von steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (aus HGB, StGB oder AO) zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

3. Weitergabe von Daten an Dritte

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt. Soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit.b DSGVO für die Abwicklung von Auftragsverhältnissen mit Ihnen erforderlich ist, werden Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Hierzu gehört insbesondere die Weitergabe an mögliche Vertragspartner und deren Vertreter sowie Ärzte, Versicherungen und andere öffentliche Stellen und Behörden zum Zwecke der Korrespondenz und Information sowie zur Erfüllung und Abwicklung von Betreuungskonzepten zur Verbesserung des allgemeinen Fitness- und Gesundheitszustandes und von Personal Training Verträgen. Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden. Die jeweiligen Vereinbarungen zur Auftragsdatenverarbeitung mit Vertragspartnern, können bei Bedarf eingesehen werden.

4. Betroffenenrechte Sie haben das Recht:

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen;
- gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
- gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
- gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und
- gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Firmensitzes wenden.

5. Widerspruchsrecht

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an mathias.wengert@inbestform.de

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung:

Name, Vorname:

Datum: Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit!