



## Anamnese – Was sind Deine Ziele?

Lieber Athlet des Lebens,  
der erste Schritt zu Ihrer Bestform ist getan. Du hast Dich dazu entschlossen, durch gezieltes Training und Coaching eine bewegtere, gesündere und vielleicht auch zufriedener Version Deiner Selbst zu werden. Dazu möchte ich Dich beglückwünschen. Um diesen Weg so optimal wie möglich auf Dich 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 Halbweisheiten, 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 Du das möchtest, oder einzelne Bausteine daraus. Ganz individuell wie Du selbst. Wir wünschen Dir viel Erfolg und viel Spaß auf Deinem Weg zu Deinen Zielen.

Dein INBESTFORM®-TEAM



### 3 ELEMENTE

FÜR DIE GESUNDHEIT.  
WIR FÜGEN ALLE 3 ELEMENTE  
ZUSAMMEN.

Mit Hilfe der folgenden Fragen möchten wir einen Eindruck von Deiner individuellen Trainier- und Belastbarkeit und möglichen Vorerkrankungen erhalten. Wir benötigen diese Informationen, um ein auf Dich und Deine 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:

Hast Du Kinder? Wenn ja, wie viele?

Körpergröße:

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 Dich am meisten?

- Umfassendes Screening       1:1 Personal Training       1:4 Small Group Personal Training  
 Functional Training       Outdoor Training       1:1 Pilates / Yoga  
 Ernährungskoaching       Ernährungsplan       Coaching / Persönlichkeitsentwicklung  
 Medizinische Labordiagnostik (Vitamin D, Omega3, Fettsäuren, BCAA-Aminosäuren, Mitochondriale Energie, Stress, ...)  
 BGM Consulting       Firmenfitness       Ergonomieberatung  
 Gesundheitsseminar       Gesunde Vorträge/Workshops

Sonstiges:

### Wenn ich Dich richtig verstanden habe, geht es Dir um folgende Schwerpunkte im Training ...

Das Wichtigste für Dich ist?

### Was denkst Du, könnte Dich davon abhalten Deine Ziele und Wünsche zu erreichen? (Mehrfachauswahl möglich)

- Zeit       Engagement       Geld       Krankheit  
 fehlende Hilfe       Sonstiges:

### Wie wichtig ist es Dir, Dein Trainingsziel zu erreichen? (Skala: 10 = sehr wichtig)

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**In welchem Zeitraum möchtest Du Dein Ziel erreichen?**

**Bist Du bereit in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Bewusstsein etwas zu verändern, um Dein Ziel mit meiner Unterstützung zu erreichen?**

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

**Was bedeutet es für Dein tägliches Leben, wenn Du Dein Ziel erreichst? Wie fühlst Du Dich dabei?**

## Ressourcen, Resilienz, Stress und BewusstSein:

**Wo würdest Du Deinen momentanen Entspannungszustand einordnen?**

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

**Wie würdest Du die Qualität Deiner Ernährung bewerten?**

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

**Wie schätzt Du Dein aktuelles Fitnesslevel ein?**

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

**Wie schätzt Du Dein aktuelles Gesundheitslevel ein?**

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

**Wie würdest Du Deine momentane private Situation bewerten?**

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

**Wie schätzt Du Dein psychisches Wohlbefinden ein?**

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

**Wie häufig bist Du gestresst?** (Mehrfachauswahl möglich)

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

**Wie ist Dein Schlafverhalten?** (Mehrfachauswahl möglich)

- Einschlafschwierigkeiten  Schlaflosigkeit

häufiges erwachen, Uhrzeit:

wann gehst Du zu Bett?

wie fühlst Du Dich am Morgen?

**In welcher Position schläfst Du?** (Mehrfachauswahl möglich)

- Seitenlage rechts
- Seitenlage links
- Bauchlage
- Rückenlage

**Bist Du Raucher/in?** (Bitte nur eine Antwort angeben)

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

**Leidest Du unter... ?** (Mehrfachauswahl möglich)

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

**Was sind Deine Stärken?**

**Was sind Deine Schwächen?**

**Wie viele Urlaubstage gönnst Du Dir im Jahr?**

**Bei welchen Tätigkeiten, Aktivitäten und/oder in welchen Momenten kannst Du besonders gut entspannen?**

**Hattest Du schon mal das Gefühl "ausgebrannt" zu sein?**

wenn ja, warum?

ja

nein

**Bitte bewertest Du Deine Work-Life-Balance auf einer Skala von 1 bis 6:** (Skala: 1 = ausgezeichnet, 6 = sehr schlecht)

1    2    3    4    5    6

**Gab es einschneidende Erlebnisse in/mit der Familie?**

**Kennst Du Deinen Vitamin D3 Spiegel?**

Ja    und zwar wie (Einheit):        Nein

**Kennst Du Deinen Omega3 Index** (Verhältnis von Omega3 zu Omega6 Fettsäuren)?

Ja    und zwar wie (Einheit):        Nein

**Bist Du Rechts- oder Linkshänder?** (Mehrfachauswahl möglich)

Rechtshänder

Linkshänder

**Wenn Du die Wahl hast, nimmst Du eher die Treppe oder den Aufzug/Rolltreppe?** (Mehrfachauswahl möglich)

Treppe

Aufzug/Rolltreppe

## Internistische und Bewegungsapparat Anamnese:

**Was machst Du 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

**Deine 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
- Schichtdienst
- Sonstiges...

**Kennst Du Deine Blut- Cholesterinwerte (in mg%)?**

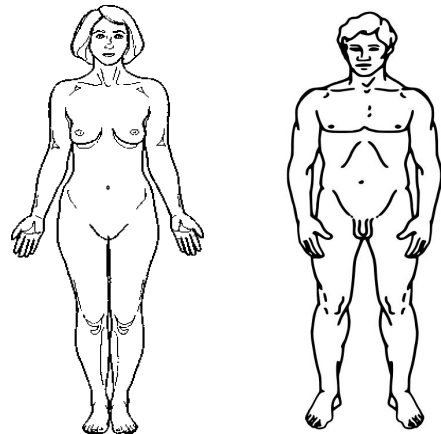
**Habst Du zur Zeit Schmerzen?** Ja  Nein

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

eher selten  Sonstiges:

Wie stark bewertest Du die Schmerzen: wenig  1  2  3  4  5  6 stark

Hier kannst Du Schmerzpunkte markieren oder beschreiben:

**Bist Du zur Zeit in ärztlicher Behandlung?**

Ja  Nein

wenn ja, Diagnosen:

**Nimmst Du regelmäßig Medikamente:**

Ja  Nein

wenn ja, welche:

**Hast Du eine Diabeteserkrankungen in der Familie, leidest Du selbst unter Diabetes?**

- Keine Diabeteserkrankung, auch nicht in der Familie (Bitte nur eine Antwort angeben)
- Diabeteserkrankung in der Familie
- Gut eingestellte Diabeteserkrankung
- Schlecht eingestellte Diabeteserkrankung

**Gibt es Herzerkrankungen in Deiner Familie? Eltern oder Geschwister? Wie alt?**

- keine atherosklerotische Herzerkrankungen in der Familie (Bitte nur eine Antwort angeben)
- 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

**Deine 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

**Leidest Du unter Menstruationsbeschwerden, z.B. sehr stark oder unregelmäßig?**

- Ja    nein

**Leidest Du unter Wechseljahresbeschwerden?**

- Ja    nein

**Nimmst Du Hormone / die Pille?**

- Ja    nein

## Sport & Training:

Freizeitbeschäftigungen / Sport:

Sonstige Hobbys und Leidenschaften

Bist Du körperliche Anstrengung gewöhnt?

Hast Du Trainingserfahrungen?

- Ja       Nein

wenn ja, welche?

Hast Du eine Sportart leistungsbezogen durchgeführt?

- Ja       Nein

Hast Du Ambitionen für einen Wettkampf?

- Ja       Nein

wenn ja, in welcher Sportart?

Wie oft pro Woche willst Du 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 möchtest Du vorwiegend trainieren? (Mehrfachauswahl möglich)

- zuhause
- Fitnessstudio/Personal Training Studio
- im Büro
- in der Natur
- abwechselnd

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

Möchtest Du Deine Pläne auf Papier oder digital (via medo.coach App aufs Smartphone)?

- Papier       Digital (via App)

## Fragen zum Thema Marketing:

Wie bist Du auf uns aufmerksam geworden? (Mehrfachauswahl möglich)

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

Warum hast Du Dich für ein Angebot/Personal Training entschieden und was erwartest Du von Deinem Personal Trainer?

Hast Du schon mal einen Personal Trainer gebucht?

- Ja  nein

wenn ja, wen und wie waren Deine Erfahrungen

## Fragen nur auszufüllen bei Trainingsziel Stoffwechsel & Ästhetik / Gewichtsreduktion:

Mit welchem Gewicht hast Du Dich wohlgefühlt?  KG

Wie lange ist das her?

Was hat dazu geführt, dass Du zugenommen hast?

## Ernährungsfragen:

Wie sehen Deine Essgewohnheiten aus? (Mehrfachauswahl möglich)

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

Ernährst Du Dich ausgewogen?

- Ja  nein

Isst Du regelmäßig die mindestens 5 empfohlenen Portionen Gemüse und Obst?

- Ja  nein

Wie viele Mahlzeiten nimmst Du in der Regel zu Dir?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- 1  2  3  4  oder mehr

Wann isst Du abends die letzte Mahlzeit?

Hast Du das Gefühl Dich gesund zu ernähren?

- Ja  nein



**Was hast Du gestern gegessen? Beschreibe Dein Essverhalten** (Mehrfachauswahl möglich)

Frühstück:

Mittags:

Abends:

sonstige Snacks:

Wie viel Wasser trinkst Du täglich ? (ca. wie viel in ml):

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

**Nimmst Du regelmäßig Nahrungsergänzungsprodukte, wie z.B. Vitamin- oder Mineralstoffe zu Dir:**

Ja  nein

wenn ja, welche?

**Zeigen Sich Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei Dir?**

Ja  nein

wenn ja, welche?

**Willst Du abnehmen?** (Bitte nur eine Antwort angeben)

Nein  Ja wenn ja, wie viele Kilogramm ca. ?

**Willst Du zunehmen?** (Bitte nur eine Antwort angeben)

Nein  Ja wenn ja, wie viele Kilogramm ca. ?

**Was ist Dein Wunschgewicht?**

**Hast Du Diäterfahrung?**

Ja  nein

Wenn ja, welche?

**Hast Du Probleme beim... ?** (Mehrfachauswahl möglich)

Stuhlgang  Wasserlassen

**Hast Du täglich Stuhlgang?** (Bitte nur eine Antwort angeben)

regelmäßig  unregelmäßig

**Wie ist Dein Stuhlgang?** (Bitte nur eine Antwort angeben)

hart  weich  unterschiedlich

**Hast Du häufig... ?** (Mehrfachauswahl möglich)

Durchfall  Verstopfungen  einen nervösen Magen  Blähungen

## Haftungsausschlussvereinbarung

Im Rahmen der Beratungen und Trainingsangebote werden Dir Empfehlungen zur Bewegung, Entspannung und Ernährung, unter anderem auch zu speziellen Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Dir gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue „Dosierung“, entsprechend Deines 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 beachte, 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. Solltest Du 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, spreche bitte vor der Kursanmeldung mit uns bzw. Deinem Haus-, Fach- oder Werksarzt. 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](mailto:info@inbestform.de)

Internet: [www.inbestform.de](http://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](mailto:mathias.wengert@inbestform.de)

### Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung:

Name, Vorname:

Datum:  Unterschrift:

**Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit!**