

Eintragung der Praxis / Klinik in Ärzt*innen - Liste auf www.bewusst-steril.ch

Webseitenbetreiber und Verantwortlicher ist der Verein Bewusst steril

Per Post an:

Oder per E-Mail an:

Bewusst steril
8000 Zürich

kontakt@bewusst-steril.ch

Kontakt Daten Auftraggeber*in (erscheinen bei anonymer Eintragung nicht online)

Name der Praxis / Klinik

Operierende Gynäkolog*innen

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mailadresse

Homepage

Voraussetzungen fürs Inbetrachtziehen einer Sterilisation von Patient*innen in der Praxis / Klinik (Uns ist bewusst, dass die Entscheidung immer individuell getroffen wird. Die folgenden Angaben sollen lediglich aufzeigen, unter welchen grundlegenden Voraussetzungen eine Sterilisation in Ihrer Praxis in Betracht gezogen wird.)

Mindestalter ab 18 Jahren ab __ Jahren (bitte Zahl eintragen)

Weitere Voraussetzungen, Hinweise, Unterlagen etc.

Eintragung auf der Ärzt*innen-Liste

Mit der Unterschrift stimmt die Auftraggeber*in der Eintragung auf der Ärzt*innen-Liste auf www.bewusst-steril.ch/ärzt-innen-liste zu.

Bei einer namentlichen Eintragung werden die oben angegebenen Kontaktdaten sowie die genannten Voraussetzungen für eine Sterilisation veröffentlicht.

Bei einer anonymen Eintragung werden ausschliesslich die Voraussetzungen für eine Sterilisation sowie eine ungefähre geografische Einordnung veröffentlicht. Kontaktdaten werden in diesem Fall nur auf Anfrage an interessierte Personen weitergegeben.

Die Einwilligung zur Eintragung kann jederzeit widerrufen werden.

Hiermit stimme ich der Eintragung in der Liste von Bewusst steril zu.

Ich möchte anonym auf der Liste eingetragen werden.

Hinweise zum Datenschutz

Die im Formular angegebenen Daten werden vom Verein Bewusst steril zum Zweck der Verwaltung der Ärzt*innenliste und zur Veröffentlichung der von Ihnen freigegebenen Angaben auf der Vereinswebseite verarbeitet. Details zum Umgang mit personenbezogenen Daten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter: www.bewusst-steril.ch/datenschutz

Die Hinweise zum Datenschutz und die Datenschutzerklärung auf der Webseite habe ich gelesen und stimme beidem zu.

Stempel Arzt / Ärztin

Datum, Unterschrift Arzt / Ärztin

Sabrina Vollenweider
Präsidium Bewusst steril



Noa Weber
Vizepräsidium Bewusst steril

