

-----  
Name, Vorname

### **Einwilligung gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und meine medizinischen Daten im Rahmen der Aufnahme in die Einrichtung erhoben und genutzt werden. Diese Daten dürfen an Ärzte, Apotheken, Sanitätshäuser, Krankenkasse, Pflegekasse, medizinischer Dienst der Krankenkassen und Therapeuten aller Fachrichtungen u. ä. weitergegeben werden, sobald es um die Erhaltung und Verbesserung meines Gesundheitszustandes geht.

Ich bin damit einverstanden, dass einfache personenbezogene Daten und Fotos in der Einrichtung veröffentlicht werden (Wandtafel, Türschilder, Geburtstagsliste), um das tägliche Leben der Bewohner zu erleichtern, eine familiäre Atmosphäre zu schaffen und strukturelles Arbeiten zu ermöglichen.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten muss meine Einwilligung erfolgen.

Ich bin gemäß Art. 15 DSGVO jederzeit berechtigt eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den von mir gespeicherten Daten zu verlangen.

Gemäß Art. 17 DSGVO kann ich jederzeit die Berichtigung, Löschung (soweit es nicht gegen gesetzliche Auflagen verstößt) und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten:  
Frau Beatrice Kuhlignik

Ich kann darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich kann den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermitteln.

-----  
Ort, Datum

-----  
Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter

