

.....
Name, Vorname Ratsuchende/r

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail

.....
Telefon



Psychosoziale
Krebsberatungsstelle
Ostwürttemberg

unterstützt durch:



PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Krebsberatungsstelle Daten über mich - wie im Informationsblatt für Ratsuchende beschrieben – gem. Art. 9 DSGVO verarbeiten darf.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Speicherung der personenbezogenen Beratungsdaten freiwillig ist und ich jederzeit die Möglichkeit habe meine Einwilligung, ohne Angaben von Gründen, schriftlich gegenüber der Beratungsstelle zu widerrufen. Dadurch entstehen keine Nachteile für mich und meine weitere Beratung. Zudem besteht das Recht, eine Auskunft über die entsprechenden personenbezogenen Daten zu erhalten.

Ferner habe ich zur Kenntnis genommen, dass im Falle meines Widerrufs die personenbezogenen Daten umgehend gelöscht werden.

Mir ist bewusst, dass meine im Dokumentationssystem gespeicherten Daten zum Zweck der Qualitätssicherung, anonymisiert ausgewertet werden.

Ein Exemplar des Informationsblatts für Ratsuchende und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

.....
Unterschrift Ratsuchende/r

.....
Unterschrift der gesetzlichen Vertretung/der Betreuung

.....
Ort, Datum