



Sächsische Schweiz-Osterzgebirge

Landkreis

Einverständniserklärung zur Datennutzung im Rahmen der Beratung durch die Psychosoziale Tumorberatungsstelle im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Einwilligung

Ich willige ein, dass die Psychosoziale Beratungsstelle im Landkreis Sächsische Schweiz –Osterzgebirge meine Daten entsprechend des ausgehändigten Informationsblattes zum Datenschutz

zu Beratungs- und Dokumentationszwecken speichern und verarbeiten darf,

im Rahmen von Antragstellungen, Verständigung mit entsprechenden Ämtern,

Behörden, Leistungsträgern, medizinischen Versorgern sowie Anbietern

weiterführender Hilfs- und Versorgungsangebote weitergeben darf.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit aufgrund Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf der selben berührt wird.

Es besteht das Recht auf Berichtigung unrichtiger und unvollständiger Daten sowie auf Löschung der personenbezogenen Daten. Der genannten Datenverarbeitung kann jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch für die Zukunft widersprochen werden.

Ort, Datum Unterschrift ratsuchende Person

Ort, Datum Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Betreuer