

Einwilligungserklärung zur Inanspruchnahme der sozialmedizinischen Nachsorge

Für die Inanspruchnahme der Sozialmedizinischen Nachsorge durch die Einrichtung FAZIT ist es notwendig, dass FAZIT personenbezogene Daten der zu betreuenden Familien erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet ausschließlich zur Durchführung der Sozialmedizinischen Nachsorge statt. Hierfür ist die Abgabe einer Schweigepflichtentbindung notwendig. Eine Datenweitergabe an Dritte für andere Zwecke, z.B. für Werbung, findet durch FAZIT nicht statt.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (freiwillig)

Ich willige ein, dass mit die Sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung FAZIT postalisch Geburtstagskarten, Informationen über Veranstaltungen, Spendenmailings übersendet.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerrufsrecht

Sie sind gemäß Art. 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Sozialmedizinischen Nachsorgeeinrichtung FAZIT um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Sie können jederzeit gegenüber der Sozialmedizinischen Nachsorgeeinrichtung FAZIT die Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung und Sperrung (Art. 17 DSGVO) einzelner personenbezogener Daten verlangen. **Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) Gebrauch machen und erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.** Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung FAZIT übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung FAZIT alle für die Durchführung der Sozialmedizinischen Nachsorge notwendigen Daten erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet. Von dieser datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung habe ich eine Ausfertigung erhalten.

_____, _____
Ort Datum

Ort, Datum

Unterschrift
Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift
Erziehungsberechtigte/r

Bogen ausgehändigt am: _____ von: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

Schweigepflichtentbindung

Ja Nein

Die Sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung FAZIT der DRK-Schwesternschaft Georgia-Augusta e.V. Göttingen (nachstehend „FAZIT“ genannt) begleitet chronisch-, krebs- und schwerkranke Kinder, sowie Früh- und Risikogeborene und ihre Familien in der Zeit nach ihrem Aufenthalt in der Klinik zu Hause. Um dieses zu erreichen, bietet FAZIT vielfältige Hilfen an, z. B. Begleitung durch Kinderkrankenschwestern, einer Sozialpädagogin und einem Kinder- und Jugendarzt. (Art. 6 / 7 / 8 DSGVO)

Wenn ich Hilfen von FAZIT annehme, entstehen mir und meiner Familie dadurch keine Kosten.

Ich bin damit einverstanden, dass von den Mitarbeitern von FAZIT Auskünfte über den Gesundheitszustand unseres Kindes bei aktuell oder früher betreuenden medizinischen Institutionen und Personen eingeholt werden dürfen.

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der persönlichen Daten und der Daten des Kindes an FAZIT einverstanden. Dazu entbinde ich die angefragten Personen und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht. FAZIT und seine Mitarbeiter sichern zu, dass die ihnen anvertrauten Daten streng vertraulich behandelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass FAZIT entsprechende Informationen und Berichte über mein Kind an die beteiligten Fach-, Kinder- oder Allgemeinärzte sowie Einrichtungen und Therapeuten weiterleitet, um eine Zusammenarbeit zu sichern.

Die Schweigepflichtentbindung/Einverständniserklärung behält ihre Gültigkeit bis zum Abschluss der Sozialmedizinischen Nachsorge durch FAZIT bzw. bis auf Widerruf. **Ein Widerruf muss schriftlich bei FAZIT eingereicht werden.**

Mir steht es jederzeit frei, auf die Leistungen von FAZIT zu verzichten oder Angebote von FAZIT abzulehnen. Nachteile entstehen mir dadurch nicht.

Name/n: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift
Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift
Erziehungsberechtigte/r

Bogen ausgehändigt am: _____ von: _____