

Name, Vorname:

Hiermit willige ich ein, dass

der Sozialdienst kath. Frauen e.V. Bamberg, Agnes-Neuhaus-Heim, Ottostraße 7, 96047 Bamberg

im Rahmen des Heimvertrags meine personenbezogenen Daten zur ganzheitlichen Betreuung, zur notwendigen Dokumentation, zur verwaltungsmäßigen Abwicklung, zur Leistungsabrechnung, zur Urlaubs- und Krankheitsvertretung oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben verarbeitet.

Bei den personenbezogenen Daten handelt es sich um

- Vor- und Nachnamen
- Adressangaben und Telefonnummer
- Geburtsdatum
- Berufstätigkeit
- Religionszugehörigkeit
- Kontaktdaten von Angehörigen / Ärzten/ o.ä.
- Daten über gesundheitliche Verhältnisse
- Daten über wirtschaftliche Verhältnisse
- ggfls. Angaben zum gesetzlichen Betreuer

Ferner willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten

- zur Leistungsbemessung und -abrechnung
 - an den zuständigen Sozialhilfeträger,
 - an die Krankenkassen, Pflegekassen oder weiteren Leistungsträgern (z. B. Rehabilitation), sofern Sie deren Leistungen in Anspruch nehmen oder voraussichtlich in Anspruch nehmen müssen,
- sowie die zur Durchführung ihrer Aufgaben erforderlichen Daten einschließlich der Betreuungsdokumentation
 - an die gesetzlichen Prüfungsstellen bzw. Personen (z. B. FQA, MDK, gesetzliche Betreuer, behandelnde Ärzte)
 - und an Beauftragte des Trägers der Einrichtung, welche Rechnungsprüfungen und Organisationsuntersuchungen durchzuführen haben

übermittelt werden.

Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit per Post an

SkF Bamberg e. V.
Agnes-Neuhaus-Heim
Herrn Bernd Bibelriether
Ottostraße 7
96047 Bamberg

oder per E-Mail an bibelriether.bernd@skf-bamberg.de widerrufen.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

- Anlage 2 zum Heimvertrag

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich wurde darüber unterrichtet, dass aus dem (teilweisen) Widerruf meiner Einwilligung keine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten für den/ die oben genannten Verwendungszweck(e) erfolgen kann und folgende Nachteile entstehen können:

- Beendigung der Teilnahme an der Maßnahme, Ausbildung, Therapie, Behandlung
- Nur teilweise Fortführung der Teilnahme an der Maßnahme, Ausbildung, Therapie, Behandlung
- Qualitativ eingeschränkte Durchführung der Maßnahme, Ausbildung, Therapie, Behandlung
- Einschränkung des Betreuungs- und Therapieerfolges
- Sonstiges:

Im Fall des Widerrufs werden meine personenbezogenen Daten unverzüglich gelöscht bzw. nicht mehr an die genannten Dritten übermittelt, soweit gesetzliche Pflichten dem nicht entgegenstehen.

Ansonsten werden meine personenbezogenen Daten nach Wegfall des Zwecks gelöscht, soweit nichts anderes aufgrund gesetzlicher Pflichten vorgeschrieben ist.

Ich habe die Einwilligung verstanden. Ich habe von dieser Einwilligung eine Kopie erhalten und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Betroffenen

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzl. Betreuers/ der gesetzlichen Betreuerin,
des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten