



Epilepsie Beratung Niederbayern

Psychosoziale Beratungsstelle
für Menschen mit Epilepsie jeden
Alters und Ratsuchende

Kliniken Dritter Orden gGmbH
Standort Kinderklinik Passau
Bischof-Altmann-Str. 9, 94032 Passau
Telefon 0851 7205-207
Telefax 0851 7205-47 207
epilepsie@kinderklinik-passau.de
www.epilepsieberatung-niederbayern.de
www.epilepsieberatung-bayern.de
www.kinderklinik-passau.de

Epilepsie Beratung Niederbayern ♦ Bischof-Altmann-Str. 9 ♦ 94032 Passau

Klient, Name:
geb. am:
Strasse:
Ort:
Tel.:

Schriftliche Einwilligung zur Aufnahme, Speicherung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten und Einwilligung Info-Versand (Version 10/21) – Stand: _____

Hinweis:

Die Epilepsieberatungsstelle unterliegt strengen Vorschriften zum Schutze personenbezogener Daten (insbesondere Datengeheimnis, Patientengeheimnis, Sozialgeheimnis) und ist zur Verschwiegenheit über alle bekannt werdenden persönlichen und sozialen Verhältnisse verpflichtet. Die Beratungsstelle muss Sorge dafür tragen, dass nur die erforderlichen Daten erhoben und gespeichert und verarbeitet werden und dass ein Verlust der Daten organisatorisch und technisch soweit möglich ausgeschlossen ist (Datensicherheit).

Ich bin damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten, insbesondere Angaben zu meiner Gesundheit, (im Sinne von Datensparsamkeit) zu verwaltungstechnischen Zwecken elektronisch erhoben und gespeichert sowie anonymisiert und statistisch aufgearbeitet an die zuständigen Kostenträger der Beratungsstelle weitergeleitet werden.

ja nein

Email-Beratungen sind aus Datenschutzgründen nicht möglich (Datensicherheit). Gerne können wir Ihnen aber mit Ihrem schriftlichen Einverständnis per Email Infomaterial (z. B. Broschüren in PDF-Datei) zusenden, möchten Sie hierzu per Email informiert werden?

ja nein

Hiermit willige ich ein, dass ich die Videosprechstunde zur Beratung anstelle eines direkten Vorort Termins nutzen möchte.

Zu beachten gilt: Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet! Die Teilnehmer verpflichten sich, für eine ausreichende Privatsphäre und Datenschutz während des Videogesprächs zu sorgen. Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden:

ja nein

Einladung zur Videosprechstunde an folgende E-Mail-Adresse: _____

Gerne senden wir Ihnen Informationen **über Veranstaltungen der Beratungsstelle** zu (Patientenschulungen, Seminare, jährliche Veranstaltung z. B. zum Tag der Epilepsie). Möchten Sie hierzu schriftlich informiert werden:

ja nein

per Post per Email an: _____
**Anmerkung: Über Ihre E-Mail-Adresse können wir Ihnen noch
mehr Informationen zukommen lassen!**

Bitte Rückseite beachten!

gefördert durch: **Bayerisches Staatsministerium für
Familie, Arbeit und Soziales**



BEZIRK
NIEDERBAYERN

in Kooperation mit:



Kliniken Dritter Orden gGmbH
Menzinger Str. 44 ♦ 80638 München
Standort Kinderklinik Dritter Orden Passau
Bischof-Altmann-Str. 9 ♦ 94032 Passau

Geschäftsführer: Markus Morell, Dr. Harald Schrödel, Reinhard Schmidt
Gesellschafterin: Schwesternschaft der Krankenfürsorge des Dritten Ordens KdöR
UST-IdNr.: DE301855194 ♦ HRB 220500 Amtsgericht München
VR-Bank Passau ♦ IBAN: DE80 7409 0000 0000 7902 22 BIC: GENODEF1PA1

Rechtsträgerin:



Kliniken Dritter Orden gGmbH
Standort Kinderklinik Passau

Weiterhin informieren wir Sie gerne über **Veranstaltungen und Aktionen der Gesprächsgruppe Epilepsie Passau (Jahresausflug, Treffen, Veranstaltungen, etc.)**. Möchten Sie hierüber schriftlich informiert werden:

ja

nein

per Post

per Email an: _____

Regelmäßig finden Video-Meetings der Gesprächsgruppe Epilepsie Passau statt. Möchten Sie dazu eine Einladung per E-Mail erhalten ?

Zu beachten gilt: Aufzeichnungen jeglicher Art sind während des Video-Meetings nicht gestattet! Die Teilnehmer verpflichten sich, für eine ausreichende Privatsphäre und Datenschutz während des Videogesprächs zu sorgen. Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden:

ja

nein

Einladung zum Video-Meeting an folgende E-Mail-Adresse: _____

Widerruf erteilter Einwilligungen

Ergänzender Hinweis: Meine von mir erteilten Einwilligungen können durch mich jederzeit und mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Diese Erklärung können Sie – schriftlich / per Email / Fax – an die Epilepsieberatungsstelle richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierfür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort, Datum) (Unterschrift Klient/Klientin)

(Ort, Datum) (Unterschrift Sorgeberechtigte/r, Betreuer/in)

(Ort, Datum) (Unterschrift Mitarbeiter/in der Beratungsstelle)

gefördert durch:

**Bayerisches Staatsministerium für
Familie, Arbeit und Soziales**



BEZIRK
NIEDERBAYERN

in Kooperation mit:

