
Einwilligungserklärung

Name, Vorname:

geb:

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Beratung/Behandlung in der Suchtberatungsstelle Daten über meine Person sowie die für die Beratung/Behandlung notwendigen sozialen und medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden. Sollte es erforderlich sein, meine personenbezogenen Daten an Dritte zu übermitteln, wird dies mit mir persönlich besprochen. Es ist nur mit einer zweckgebundenen, schriftlichen Einwilligung von mir möglich.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Bestimmungen über die gesetzliche Schweigepflicht (§ 203 StGB) bleiben in vollem Umfang erhalten. Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Nichteinwilligung in die Datenverarbeitung oder eine Erklärung, anonym beraten werden zu wollen, die Beratung durch die Suchtberatungsstelle erschweren oder nicht möglich machen kann. Das Infoblatt zur Datenerhebung und zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt bzw. zur Kenntnis gegeben.

Heidelberg, den

(Unterschrift Klient/in)