



**Familienentlastender Dienst**

**Stadt Ditzingen**

Leonberger Str. 11 - 71254 Ditzingen

Telefon: 07156-951560

## **Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Ich bin über die beim Familienentlastenden Dienst der Stadt Ditzingen verwendeten Dokumentations- und Informationssysteme informiert worden. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.ditzingen.de](http://www.ditzingen.de).

Hiermit willige ich in die Erfassung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und deren Nutzung, soweit diese erforderlich sind, zum Zwecke der Erfüllung der Geschäftszwecke des Familienentlastenden Dienstes (z.B: Beratung, Betreuung und Unterstützung) ein.

Die Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf besonders schützenswerte Kategorien von Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO, soweit sie zu den genannten Zwecken erforderlich sind.

Die Einwilligung gilt auch für eine ggf. erforderliche Weitergabe sog. „Rahmendaten“ des Unterstützungsprozesses wie Beginn, Ende, Abbruch und Fortsetzung, an einen Kostenträger zur Sicherstellung der Finanzierung der Hilfen.

Stehen der Weitergabe schutzwürdige Interessen meiner Person entgegen, hat die Weitergabe zu unterbleiben.

In jedem Fall ist für die etwaige Weitergabe von vertraulichen Inhalten aus dem Beratungs- und Unterstützungsprozess an Dritte eine gesonderte Zustimmung meinerseits einzuholen.

Ich weiß, dass ich diese Erklärung ohne Angaben von Gründen jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in/Beratungsnehmer/in

\_\_\_\_\_  
ggf. gesetzlicher Betreuer



**Familientlastender Dienst**

**Stadt Ditzingen**

Leonberger Str. 11 - 71254 Ditzingen

Telefon: 07156-951560

## **Entbindung von der Schweigepflicht nach § 203 StGB**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Ich bin informiert worden über die bestehende berufliche Schweigepflicht gemäß § 203 StGB der Beschäftigten der Unterstützungseinrichtung.

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter/-innen des Familientlastenden Dienstes von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB ausschließlich für folgende Sachverhalt

a) Soweit die im Haus/Team zur Beratung, Betreuung und Unterstützung der Teilnehmenden bzw. Beratungsnehmenden erforderlich ist, gegenseitig

b) im Falle einer Supervision gegenüber dem/der Supervisor/in

c) im Falle, dass Unterstützungsmaßnahmen sichergestellt werden müssen, gegenüber anderen kooperierenden Einrichtungen und Stellen, die den Teilnehmenden unterstützen (z.B. WfbM, FuB, Ärzte...)

d) Zur Unterstützung bei der Geltendmachung von Sozialleistungsansprüchen gegen über dem Sozialleistungsträger, soweit es um die sog. „Rahmendaten“ der Maßnahme (Beginn, Abbruch, Fortsetzung und Erläuterung des Fortsetzungsbedarfes) geht.

e) Im Falle der Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem Versicherer.

Ich weiß, dass ich diese Erklärung ohne Angaben von Gründen jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in/Beratungsnehmer/in

\_\_\_\_\_  
ggf. gesetzlicher Betreuer