

	Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in das Seniorenzentrum	Geltungsbereich: Seniorenzentrum
Wer stellte diesen Antrag? (Name, Anschrift, in welcher Eigenschaft)		
Durch wen oder wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam gemacht?		

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Residenzia München Sozialbetriebe GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir /uns gemachten Angaben zu prüfen.

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch und werden vertraulich behandelt.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten

	Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in das Seniorenzentrum	Geltungsbereich: Seniorenzentrum
---	---	-------------------------------------

1. Anmeldung zur Heimaufnahme in den Pflegebereich

Gewünschtes Einzugsdatum:
Das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragsteller noch für die Residenzia München Sozialbetriebe GmbH eine verbindliche Zusage dar.

Gewünschte Unterbringung: ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer (nur beschützender Bereich)

<u>Persönliche Angaben des Antragstellers</u>		
Name, Vorname:		
Geburtsname:	geboren am:	
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	Konfession:	
Straße und Hausnummer:		
PLZ und Wohnort:		
Telefon:		
Seit wann ist dies Ihr Hauptwohnsitz? - Datum:		
Bei einem Wohnungswechsel vor weniger als 2 Jahren, bitte hier die frühere Adresse angeben!		
Straße und Hausnummer:		
PLZ und Wohnort:		
Schwerbehindertenausweis:	☐ NEIN	☐ JA / Grad %
Kostform:	☐ Normalkost ☐ Diät	☐ sonstiges:
Derzeitiger Aufenthalt:	☐ Krankenhaus	☐ zu Hause
	☐ Reha	☐ sonstiges:

<u>Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner</u>	
Name, Vorname:	
Verwandtschaftsverhältnis:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	
Telefon:	Mobil-Nr.:
E-Mail-Adresse:	

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

Name, Vorname: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter
Bitte Kopie des Betreuerausweises oder des Antrags auf Betreuungsverfahren bzw. Vollmacht beifügen.

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Behandelnder Arzt

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____

Versicherung
Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrags auf Pflegeleistungen beifügen.

Pflegekasse: _____ ☐ gesetzlich ☐ privat

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Zuzahlungsbefreiung von Rezeptgebühren: ☐ JA ☐ NEIN
Bitte Bescheid unbedingt beilegen!

Versicherung
Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrags auf Pflegeleistungen beifügen.

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit wann? _____

Beihilfeberechtigt: ☐ NEIN ☐ JA

☐ kein Pflegegrad ☐ Pflegegrad wurde beantragt, am _____

☐ Schnelleinstufung wurde beantragt Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ Zusätzliche Betreuungsleistung nach SGB XI §53c ☐ JA ☐ NEIN
Bitte Bescheid unbedingt beilegen!

Freiheitsentziehende Maßnahmen

☐ Unterbringungsbeschluss zur Unterbringung in einer beschützenden Einrichtung

Beschluss des Amtsgericht vom _____ Aktenzeichen _____

☐ sonstige Beschlüsse
Entsprechende Bescheide bitte unbedingt beilegen!

☐ Bettgitter

☐ Bauchgurt im Bett

☐ Sicherheitsgurt am Rollstuhl / Stuhl

Finanzielle Angelegenheiten (monatliches Einkommen / Rente)
Bitte Kopie des aktuellen Rentenbescheids und/oder Girokontoauszug mit ersichtlichem Zahlungseingang.

Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kostenübernahmeregulung
Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrags auf Kostenübernahme beifügen.

Selbstzahler: ☐ JA ☐ NEIN Beihilfeberechtigt: ☐ JA ☐ NEIN
(Eigenanteil wird selbst aufgebracht)

Andere Kostenträger: _____

Vorläufige Kostenübernahme - Bescheid des Trägers liegt vor: ☐ JA ☐ NEIN

Datum/Aktenzeichen: _____

2. Ärztlicher Fragebogen

- zur Entscheidung über die Heimaufnahme
- zur Kostenregelung durch den Sozialhilfeträger

Mit der Weitergabe der nachstehenden notwendigen Informationen bin ich einverstanden

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten

Name, Vornamen (Patient): _____

Geburtsname: _____ geboren am: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Wird der Patient von Ihnen im Heim weiterbehandelt? ☐ JA ☐ NEIN

Diagnosen: Bitte um genaue Auflistung der medizinischen Diagnosen als Anhang.

Die wichtigsten Hauptdiagnosen.

(bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ Suchterkrankung? ☐ NEIN ☐ JA / Welche? _____

Seit wann? _____

☐ geistig-seelische Behinderung oder Störung?

☐ NEIN ☐ JA / Welche? _____

Seit wann? _____

Ist der Patient von ansteckenden Krankheiten befallen? (bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ HIV ☐ NEIN ☐ JA

☐ MRSA ☐ NEIN ☐ JA / Wo? _____

☐ 3 MRNG ☐ NEIN ☐ JA / Wo? _____

☐ 4 MRNG ☐ NEIN ☐ JA / Wo? _____

☐ Hepatiden ☐ NEIN ☐ JA / Welche? _____

☐ Tbc ☐ NEIN ☐ JA

Medikamente: Bitte um genaue Auflistung der aktuellen Medikamente als Anhang.

Bestätigung / Nachweis durch Hausarzt über verordnete Arzneimittel ist notwendig.

Orientierung:

Zur Person: _____ Zur Zeit: _____ Zur Situation: _____ Zum Ort: _____

Beurteilung: JA / NEIN / zeitweise = zw

Kommunikation: Sprachliche Barrieren? (bitte zutreffendes ankreuzen)

Sprechen ☐ keine Einschränkung ☐ Einschränkung / Welche? _____

Hören ☐ keine Einschränkung ☐ Einschränkung / Welche? _____

Sehen ☐ keine Einschränkung ☐ Einschränkung / Welche? _____

Mobilität: Kontrakturen? ☐ JA ☐ NEIN / Wo?:

Personelle Unterstützung ist bei folgenden Tätigkeiten notwendig? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Hilfe beim Aufstehen / zu Bett Gehen
☐ Umlagern ☐ Ist der Patient bettlägerig? ☐ NEIN ☐ JA ☐ gelegentlich
☐ Ankleiden ☐ Entkleiden
☐ Gehen ☐ Stehen / Transfer (z.B. in den Rollstuhl oder ins Bett)
☐ Begleitung außerhalb des Hauses ☐ JA ☐ NEIN
Hilfsmittel nötig? ☐ NEIN ☐ JA / Welche? _____
☐ Ist der Patient nachts unruhig? ☐ JA ☐ NEIN

Ausscheidung: Inkontinenz? ☐ JA ☐ NEIN / Was? ☐ Harn ☐ Stuhlgang (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Toilettengänge ☐ selbstständig ☐ personelle Unterstützung
☐ Dauerkatheter wechseln / Wann?: _____
☐ Stomabeutel leeren / wechseln / Wann?: _____

Körperpflege: Hautbeschaffenheit? ☐ normal ☐ Besonderheiten: _____ Wunden? ☐ NEIN ☐ JA, Wo?

Personelle Unterstützung ist bei folgenden Tätigkeiten notwendig? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Körperwäsche / Baden / Duschen ☐ Zahnpflege / Zahnprothese ☐ Kämmen ☐ Rasur

Kann durch ambulante Hilfe die Heimaufnahme vermieden werden? ☐ NEIN ☐ JA, durch welche?

Wurden derartige Maßnahmen eingeleitet? ☐ NEIN ☐ JA, durch welche ambulanten Anbieter?

Kann die fachgerechte Versorgung nur im Heim geleistet werden, weil ambulante Hilfe nicht ausreicht? ☐ JA ☐ NEIN ☐ dauernd ☐ vorübergehend

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

3. Erklärung zum Infektionsschutz

Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns vor dem Einzug ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 IfSG vorzulegen, aus welchem hervorgeht, dass Sie nicht an Lungentuberkulose erkrankt sind. Sie erhalten ein solches Zeugnis bei Ihrem Hausarzt.

Wir bitten Sie, die nachstehende Bescheinigung abzutrennen und sie ausgefüllt und unterzeichnet mit den restlichen Anmeldeunterlagen bei uns einzureichen!

✂-----

Ich bestätige mit meiner nachfolgenden Unterschrift, über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach § 36 Abs. 4 IfSG aufgeklärt worden zu sein. Sollte ich dieser Verpflichtung nicht nachkommen und im Falle einer ansteckenden Lungentuberkulose-erkrankung anstecken, stelle ich die Einrichtung, **Residenzia München Sozialbetriebe GmbH**, von eventuellen Schadensersatzansprüchen frei.

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Datum		Unterschrift	

Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r		Unterschrift	
------------------------------------	--	--------------	--

4. Zur Information

Bitte denken Sie an folgende Unterlagen:

- | | |
|---|---|
| ■ die Anmeldung zur Heimaufnahme im Original | ■ Gesundheitskarte |
| ■ ärztlicher Fragebogen im Original | ■ Schwerbehindertenausweis |
| ■ Erklärung zum Infektionsschutz im Original | ■ Personalausweis (Kopie) bzw. Bestätigung der Ausweisbefreiung (Kopie) |
| ■ Schreiben über bewilligten Pflegegrad oder Schnelleinstufungsbescheid (Kopie) | ■ Antrag auf Pflegeleistung für vollstationäre Pflege (Kopie) |
| ■ aktueller Rentenbescheid und sonstige Belege zu Einkommens- und Vermögenswerten (Kopie / Girokontoauszug) | ■ Schreiben über bewilligte Kurzzeitpflege oder Antrag auf Kurzzeitpflege (Kopie) |
| ■ Bescheid über Kostenübernahme des Bezirks Oberbayern oder Antrag auf Kostenübernahme an den Bezirk Oberbayern (Kopie) | ■ Betreuerausweis (Kopie) |
| ■ Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung (Kopie) | ■ polizeiliche An-/Ab- bzw. Ummeldung |
| ■ richterlicher Beschluss für das Wohnen im beschützenden Wohnbereich (bei Selbst- und Fremdgefährdung, Weglauftendenz) | ■ Zuzahlungsbefreiung von Rezeptgebühren |
| ■ richterlicher Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Bauchgurt, Vorsatztisch, etc.) | ■ Angaben über die Vorsorge im Todesfall |

Wichtige Adressen:

- **Antrag auf Pflegeleistung (Pflegegrad)**
bei ihrer Kranken-/Pflegekasse
- **Informationen zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung**
Sozialreferat Betreuungsstelle
Mathildenstraße 3a in 80336 München
Tel.: 089-23 32 62 55 / Fax: 089-23 32 50 56
E-Mail: betreuungsstelle.soz@muenchen.de
Web: <http://www.muenchen.de/betreuungsstelle>
- **Antrag für Betreuung und richterliche Unterbringungsbeschluss**
Amtsgericht München – Betreuungsgericht
Linprunstraße 22 in 80335 München
Tel.: 089-55 97 06 / Fax: 089-55 97 49 00
Web: <https://www.justiz.bayern.de>
- **Antrag auf Kostenübernahme für einen Pflegeplatz an den Bezirk Oberbayern**
Bezirk Oberbayern
Prinzregentenstraße 14 in 80538 München
Tel.: 089-21 98 2 10 10 / Fax: 089-21 980 52 10 10
Web: <http://www.bezirk-oberbayern.de>

Erstinformation Bewohnerdaten

Verantwortlicher

Die Daten werden verarbeitet von:
Residenzia München Sozialbetriebe GmbH
Murnauer Str. 267
81379 München
Tel.: 089/780 298 0
E-Mail: info@residenzia-muenchen.de
Website: <http://www.residenzia-muenchen.de/>

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist Herr Fritz Spaeder.
Der Datenschutzbeauftragte ist zu erreichen unter: dsb@residenzia-muenchen.de

Zweck

Die zu erhebenden Daten werden zum Zwecke der Abwicklung des Einrichtungsvertrages verarbeitet, der im Rahmen der Aufnahme mit dem Bewohner geschlossen wird.

Über den Zweck hinaus erheben und verarbeiten wir teilweise Daten, die im Rahmen der Pflegeleistung entstehen für eigene Zwecke. Dazu gehören Erhebungen von Daten, die im Zusammenhang mit möglichen auftretenden Risiken für den Bewohner verbunden sind. (Beispiel: Erhebung Wundstatus, Ernährungsstatus etc.) Diese Daten finden ausschließlich betriebsinterne Verwendung.

Darüber hinaus werden Bilder und ggf. Berichte über hausinterne Veranstaltungen und Ausflügen für die Hauszeitung verwendet. Hierzu sei auf die diesbezügliche Einwilligungserklärung verwiesen. Außerdem können Daten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Heimaufsicht (FQA) im Rahmen externer Qualitätsprüfungen sowie können im Rahmen eines Leistungsnachweises der Auszubildenden Daten offenbart werden. Hierfür wird jedoch immer eine Einwilligung des Bewohners eingeholt. Die Einwilligung ist freiwillig.

Daten und Datenkategorien

- Name und Kontaktdaten
- Gesundheitsdaten (Diagnosen, Medikationen, Daten über den körperlichen Zustand und Einschränkungen, etc.)
- Pflegedaten (Risiken, Pflegegrad, Grad der Selbstständigkeit)
- Sonstige persönliche Daten (biographische, familiäre Daten, Wünsche und Vorlieben) im Rahmen des Aufnahmegesprächs (freiwillig)
- Zahlungsdaten
- Versicherungsdaten
- Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten
- Ggf. Daten zur Betreuung

Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist der mit dem Bewohner geschlossene Einrichtungsvertrag bzw. für Bilder und Berichte (Hauszeitung) sowie Qualitätsprüfungen die Einwilligung.

Speicherung und Löschung

Die Daten werden für die Dauer der geltenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gespeichert. Nach Ablauf dieser Pflichten werden die Daten gelöscht. Die physischen Bewohnerakten werden zur Abwehr von Haftungsansprüchen Dritter für einen Zeitraum von 30 Jahren aufbewahrt. Diese Daten sind jedoch faktisch gesperrt (gesondert gesichertes Archiv, Zugriff auf eine verantwortliche Person und ihren Vertreter beschränkt).

Weitergabe an Dritte

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur, soweit es zur Zweckerfüllung erforderlich ist. Hierzu gehören:

- Ärzte
- Krankenhäuser
- Apotheke
- Andere Gesundheitsdienste (z.B. physikalische Therapie, Ergotherapie etc.)
- MDK und FQA im Rahmen von Qualitätsprüfungen (nur Einsichtnahme nach Einwilligung)
- MDK im Rahmen der Ermittlung des Pflegegrades
- Ausbildungsstätten im Rahmen von Leistungsnachweisen
- Ggf. Polizei (Vermisstenmeldung)
- Ggf. Bezirk Oberbayern
- Ggf. weiterführende Einrichtungen

Die Bereitstellung der hier zu erhebenden personenbezogenen Daten sind für die Durchführung des Einrichtungs-Vertrages zwischen Ihnen und der Residenzia München Sozialbetriebe GmbH erforderlich. Ohne die Bereitstellung dieser Daten können wir den Versorgungsvertrag mit Ihnen nicht durchführen.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht Auskunft über die von Ihnen erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten sowie das Recht auf Berichtigung, sollten die Daten nicht korrekt oder zutreffend gespeichert worden sein. Ebenfalls haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten („Recht auf Vergessen“) oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, soweit keine gesetzlichen Regelungen anderes verlangen oder die Daten im Rahmen der Zweckerfüllung benötigt werden.

Sie haben auch das Recht auf Übertragung Ihrer Daten, sofern dies für den bestehenden Zweck erforderlich ist.

Sie haben das Recht der Erhebung und (Weiter-)Verarbeitung der Daten für die Daten, für die Sie eine Einwilligung erteilt haben (*Hauszeitung, Qualitätsprüfung*) jederzeit zu widersprechen. Der Widerspruch kann durch ein formloses Schreiben unter Angabe Ihres Namens und des betreffenden Bearbeitungszwecks (z.B. *Hauszeitung, Qualitätsprüfung*) entweder unter der obigen Postadresse oder einfach durch Abgabe am Empfang oder Wohnbereich stattfinden.

Sie haben das Recht sich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt.

Erstinformation Betreuer

Verantwortlicher

Die Daten werden verarbeitet von:
Residenzia München Sozialbetriebe GmbH
Murnauer Str. 267
81379 München
Tel.: 089/780 298 0
E-Mail: info@residenzia-muenchen.de
Website: <http://www.residenzia-muenchen.de/>

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist Herr Fritz Spaeder.
Der Datenschutzbeauftragte ist zu erreichen unter: dsb@residenzia-muenchen.de

Zweck

Die zu erhebenden Daten werden zum Zwecke der Abwicklung des Einrichtungsvertrages Ihres Betreuten verarbeitet, der im Rahmen der Aufnahme mit dem Betreuten geschlossen wird.

Daten und Datenkategorien

- Name und Kontaktdaten
- Zahlungsdaten (Ander-, Treuhandkonto des Betreuten)
- Ggf. Daten zur Betreuung (Dauer, Anordnung etc.)

Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist der mit dem Bewohner geschlossene Einrichtungsvertrag.

Speicherung und Löschung

Die Daten werden für die Dauer der geltenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gespeichert. Nach Ablauf dieser Pflichten werden die Daten gelöscht. Die physischen Bewohnerakten, in welchen die Betreuerdaten abgelegt sind, werden zur Abwehr von Haftungsansprüchen Dritter für einen Zeitraum von 30 Jahren aufbewahrt. Diese Daten sind jedoch faktisch gesperrt (gesondert gesichertes Archiv, Zugriff auf eine verantwortliche Person und ihren Vertreter beschränkt).

Weitergabe an Dritte

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur, soweit es zur Zweckerfüllung erforderlich ist. Hierzu gehören:

- Ärzte
- Krankenhäuser
- Apotheke
- MDK und FQA im Rahmen von Qualitätsprüfungen (nur Einsichtnahme nach Einwilligung)
- MDK im Rahmen der Ermittlung des Pflegegrades
- Ggf. Polizei (Vermisstenmeldung)
- Ggf. Bezirk Oberbayern
- Ggf. weiterführende Einrichtungen

Die Bereitstellung der hier zu erhebenden personenbezogenen Daten sind für die Durchführung des Einrichtungs-Vertrages zwischen Ihrem Betreuten und der Residenzia München Sozialbetriebe GmbH erforderlich. Ohne die Bereitstellung dieser Daten können wir den Versorgungsvertrag mit Ihrem Betreuten nicht durchführen.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht Auskunft über die von Ihnen erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten sowie das Recht auf Berichtigung, sollten die Daten nicht korrekt oder zutreffend gespeichert worden sein. Ebenfalls haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten („Recht auf Vergessen“) oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, soweit keine gesetzlichen Regelungen anderes verlangen oder die Daten im Rahmen der Zweckerfüllung benötigt werden.

Sie haben das Recht sich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt.

Im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die zum 25. Mai 2018 für alle Mitgliedsstaaten der EU in Kraft getreten ist, bedarf es einer Einwilligungserklärung für die von Ihnen erhobenen Daten.

Verantwortlicher

Die Daten werden verarbeitet von:
Residenzia München Sozialbetriebe GmbH
Murnauer Str. 267
81379 München
Tel.: 089/780 298 0
E-Mail: info@residenzia-muenchen.de
Website: <http://www.residenzia-muenchen.de/>

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist Herr Fritz Spaeder. Der Datenschutzbeauftragte ist zu erreichen unter: dsb@residenzia-muenchen.de

Verwendungszweck

Wir benötigen Ihre Daten, um sie ggf. über die Situation Ihres Angehörigen informieren zu können.

Art der Daten

Für die Verarbeitung benötigen wir folgende Daten:

- Name
- Kontaktdaten (wenigstens Telefonnummer, ggf. auch E-Mailadresse)

Weitergabe der Daten

Die Daten werden im Rahmen der Verarbeitung nur intern weitergegeben. Nur im Ausnahmefall (z.B. Einlieferung ins Krankenhaus, Vermisstenmeldung) werden Ihre Kontaktdaten an Dritte weitergegeben.

Erklärung

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der Verwendung der genannten Daten für die oben beschriebene Zwecke.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Einwilligung freiwillig ist. Zusätzliche Nutzungen bedürfen einer erneuten Einwilligung.

Meine Einwilligung ist widerruflich. Die bis zu meinem Widerruf erfolgte Verarbeitung wird hiervon nicht berührt. Ich kann jederzeit die von mir gegebene Einwilligung widerrufen. Hierzu genügt eine formlose schriftliche Erklärung an oben genannte Adresse.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht Auskunft über die von Ihnen erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten sowie das Recht auf Berichtigung, sollten die Daten nicht korrekt oder zutreffend gespeichert worden sein. Ebenfalls haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten („Recht auf Vergessen“) oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, soweit keine gesetzlichen Regelungen anderes verlangen. Sie haben das Recht der Erhebung und (Weiter-)Verarbeitung der Daten für die Daten, für die Sie eine Einwilligung erteilt haben jederzeit zu widersprechen. Der Widerspruch kann durch ein formloses Schreiben unter Angabe Ihrer Namens und des betreffenden Bearbeitungszwecks entweder unter der obigen Postadresse oder einfach durch Abgabe am Empfang oder Wohnbereich erfolgen. Sie haben das Recht sich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift