

RPK BAD TÖLZ / MÜNCHEN / ROSENHEIM

Schweigepflichtentbindung und datenschutzrechtliche Einwilligung

für die RPK-Einrichtungen der ReAL gGmbH (Bad Tölz / München / Rosenheim)
gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO i. V. m. §§ 67 ff. SGB X

Ich _____ (Name, Vorname), geboren am _____ (tt.mm.jjjj) entbinde
folgende Personen / Stellen von der Schweigepflicht gegenüber der RPK der ReAL gGmbH und deren
Mitarbeitern:

Ich entbinde:

– behandelnde: Ärzte (ambulant/stationär):

Name Ärzte / Kliniken: vollständige Adresse: Behandlungszeitraum:

– meinen gesetzliche/n Betreuer/in:

Name gesetzl. Betreuer/in: vollständige Adresse:

– Angehörige/Kontaktpersonen (z. B. Vater, Mutter, Geschwister, Ehepartner, Kinder, Sonstige
Angeh.): Name: vollständige Adresse: Verwandtschaftsverhältnis:

– Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Krankenkasse, Arbeitsamt, Jugendamt, Bezirke u.ä.),
die meine berufliche und soziale Integration fördern,

-sonstige Personen / Einrichtungen (bitte genaue Bezeichnung und Funktion angeben, z.B. TWG-Betreuer, Ansprechpartner bei Praktikumsstellen, etc. etc.)

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den Diensten der RPK der ReAL gGmbH, Schulgraben 2, 83646 Bad Tölz, sowie den Mitarbeitern der RPK für die im Rahmen der Begleitungs- und Unterstützungsarbeit erforderlichen Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten.

-Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für die Mitarbeiter der RPK gegenüber meinen Ärzten und meinem gesetzlichen Betreuer sowie anderen Leistungsträgern, die meine berufliche und soziale Integration fördern.

-Ich willige ein, dass zur Abklärung der Kostenfrage die der RPK überlassenen Arztberichte an die in Frage kommenden Kostenträger (Rentenversicherung, Krankenkasse, Arbeitsamt, Jugendamt, Bezirke u.ä.) übersandt werden dürfen.

-Mir ist weiterhin bekannt, dass eine Übermittlung personenbezogener Daten und Sozialdaten entsprechend gesetzlicher Vorgaben aus der Sozialgesetzgebung (SGB) stattfindet.

Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Betreuung nach SGB XII „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ sowie nach SGB IX „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“, die für meine Belange wesentlich sind. Ich ermögliche hiermit die Einholung und Übermittlung von Informationen oder Stellungnahmen.

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt widerrufbar. Ansonsten gilt sie über meinen Tod hinaus.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Datenschutz und Freiwilligkeit

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage meiner Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO.

Die Verarbeitung erfolgt nur, soweit sie für die genannten Zwecke erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Angaben freiwillig sind und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann – mit Wirkung für die Zukunft.

Im Fall des Widerrufs erfolgt keine weitere Datenweitergabe. Bereits übermittelte Daten bleiben unberührt.

Diese Einwilligung gilt über den Tod hinaus, sofern nicht anders angegeben.

Betroffenenrechte

Ich wurde über meine Rechte nach der **DSGVO** und dem **SGB X** informiert, insbesondere:

- Auskunft über gespeicherte Daten
- Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruch gegen Verarbeitung
- Beschwerderecht bei der Datenschutzaufsicht

Weitere Informationen zum Datenschutz unter: www.real-verbund.de/datenschutz



Ort/Datum:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Unterschrift:

Name gesetzliche/r Betreuer:innen:

Unterschrift gesetzliche/r Betreuer:innen: