

Einwilligungserklärung zur Daten-Erhebung in der Luisenklolik

Ich

Vorname, Name (Erziehungsberechtigte/r)

Vorname, Name, Geburtsdatum (Kind)

erkläre mich einverstanden, dass in der Luisenklolik Daten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz hängt in der Luisenklolik aus und wird Ihnen auf Wunsch ausgehändigt! Diese enthält u.a. Informationen über:

- den Umfang und die Art meiner Daten
- die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass:

- erstellte Fotos zum Zweck der Übergabe an Ermittlungsbehörden verwendet und veröffentlicht werden dürfen!
- erstellte Fotos in die Patientenakte aufgenommen werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r