



# Selbsthilfe Kehlkopflöser Ludwigshafen

## Verwendung der Patientendaten bei der Patientenbetreuung

Hiermit erkläre ich

-----  
-----  
-----

mein Einverständnis damit, meine Daten wie folgt gespeichert werden als: (bitte ankreuzen)

**Betroffene/Betroffener**

- Kontaktdaten und  
 meine medizinische Diagnose

**Angehörige/Angehöriger**

- Kontaktdaten

an der Selbsthilfe Gruppe der Kehlkopflöser Ludwigshafen weitergegeben werden.

Mit ist bekannt, dass die Selbsthilfegruppe der Kehlkopflöser Ludwigshafen die o.g. Daten im Rahmen meiner Betreuung während und nach dem Krankenhausaufenthalt verwendet. **Eine Weitergabe der Daten an Dritte (z.B. Hilfsmittelfirmen) oder Veröffentlichung der Daten erfolgt nicht.**

Die Daten werden nur für die Patientenbetreuung und die Gruppenarbeit (z.B. Einladungen zu Treffen) verwandt, eine Verwendung außerhalb dieser Zwecke erfolgt nicht.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Die Selbsthilfegruppe der Kehlkopflöser Ludwigshafen verpflichtet sich bei einem Widerruf die Daten unverzüglich zu vernichten/löschen.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift