

.....
Name, Vorname

.....
geboren am:

.....
Straße:

.....
PLZ, Ort:

.....
Tel.-Nr:

.....
E-Mail:

Datenschutzerklärung

Mir, dem/der Unterzeichner/in ist bekannt, dass die Mitarbeitenden Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes in Buchholz/Winsen der gesetzlichen Schweigepflicht nach **§ 203 Strafgesetzbuch (StGB)** unterliegen.

Ich erkläre mich mit der nachfolgenden Regelung einverstanden:

1. Die Mitarbeitenden der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes in Buchholz bzw. in Winsen/L. entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, um im Rahmen ihrer Supervisionen, Fallbesprechungen und im Vertretungsfall Informationen über mich untereinander auszutauschen, soweit dies beruflich geboten ist.
2. Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden der Fachstelle Sucht des Diakonischen Werkes im Rahmen meiner Beratung/Therapie und zur Erfüllung ihrer Aufgaben, Daten von mir in der EDV erfassen, speichern und anonymisiert für statistische Zwecke verwenden. Eine Weitergabe meiner unverschlüsselten persönlichen Daten ist ausgeschlossen!

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)

Anmerkung:

1. Bei einer mehr als 6-monatigen Unterbrechung meines Kontaktes verliert diese **Schweigepflichts-entbindung** ihre Gültigkeit (Hinweis: Eine während der laufenden Betreuung durchgeführte stationäre Behandlung gilt hierbei nicht als Unterbrechung!)
2. Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Buchholz/Winsen sichert zu, dass Akten und sonstige Aufzeichnungen nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist vernichtet werden.