



## Einwilligungserklärung Datenschutz

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Krebsberatungsstelle Daten über mich - wie im Informationsblatt für Ratsuchende beschrieben - gem. Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO verarbeiten darf.**

Mit ist bekannt, dass die Einwilligung in die Speicherung der personenbezogenen Beratungsdaten freiwillig ist und ich jederzeit die Möglichkeit habe meine Einwilligung, ohne Angaben von Gründen, schriftlich gegenüber der Beratungsstelle zu widerrufen. Dadurch entstehen keine Nachteile für mich und meine weitere Beratung. Ferner habe ich zur Kenntnis genommen, dass im Falle meines Widerrufs die personenbezogenen Daten umgehend gelöscht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klientin/Klient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vertretung/Betreuung

### Verteiler:

- Klientin/Klient
- gesetzliche Vertretung/Betreuung
- Akte