

A 2020

Alkohol 2020: Betreuung inkl. Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit einer Alkoholkrankung

Regionales Kompetenzzentrum, Fax-Nr.: 01/4000-53696

Zustimmungserklärung

Ich,

Vorname (BLOCKSCHRIFT)	Nachname (BLOCKSCHRIFT)
Sozialversicherungsnummer inkl. Geburtsdatum	Sozialversicherungsträger bzw. Krankenfürsorgeanstalt

erkläre meine Zustimmung, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der gesundheitlichen, beruflichen und sozialarbeiterischen Begutachtung, Betreuung, Behandlung und Rehabilitation und den daraus folgenden Maßnahmen zwischen den für die Betreuung relevanten Einrichtungen im Rahmen des Projekts Alkohol 2020 ausgetauscht werden dürfen.

Weiters erteile ich dem Regionalen Kompetenzzentrum (Trägerin: Suchthilfe Wien mit Sitz in 1060 Wien, Gumpendorfer Straße 157) die ausdrückliche Zustimmung gem. § 9 Z 6 DSGVO 2000, bei den SozialversicherungsträgerInnen bzw. Krankenfürsorgeanstalten die Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen.

Der Widerruf dieser Zustimmung ist – auch in Teilbereichen – jederzeit, ohne Angabe von Gründen, schriftlich möglich, worauf eine Fortsetzung der o. a. Datenverwendung unzulässig ist.

Ort, Datum	Unterschrift <i>gegebenenfalls zusätzliche Unterschrift der Sachwalterin/ des Sachwalters, der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten</i>

Vom Sozialversicherungsträger bzw. von der Krankenfürsorgeanstalt auszufüllen:

An das Regionale Kompetenzzentrum, Fax-Nr.: 01/4000-53696	
Bezug einer Alterspension bzw. eines Ruhegenusses: <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> <u>nicht</u> gegeben	
Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen aus dem Titel der Pensionsversicherung: <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> <u>nicht</u> gegeben	
Vermerk:	
Datum:	Unterschrift und Stempel:.....