



1. Einwilligung zur Datenverarbeitung (Stand 18. Mai 2022)

Die Informationen zur Datenverarbeitung der DGM - Landesverband Bayern e.V. über die Verarbeitung meiner persönlichen Daten habe ich erhalten. Den Inhalt habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden.

Den aktuellen Stand der Informationen zur Datenverarbeitung kann ich jederzeit auf der Webseite unter <http://www.dgm-bayern.de/datenschutz> abrufen oder unter mail@dgm-bayern.de anfordern.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene und medizinische Daten zur Beratung in meiner persönlichen Situation gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) länger als 3 Jahre gespeichert und verarbeitet werden. Dies dient der Information der Berater für mögliche langfristige Familienberatung und -begleitung. Die Verarbeitung findet bis zu meinem Widerruf statt.

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Telefon
Anschrift		E-Mail

Bei Kindern unter 16 Jahren:

Name des Kindes	Geburtsdatum	Unterschrift Kind zwischen 14 und 16 Jahren
Ort, Datum	Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter	Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos schriftlich widerrufen kann. Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

2. Vollmacht für Beratungstätigkeiten

Ich ermächtige nachfolgende Person(en), Auskünfte über meinen Gesundheitszustand zu geben, Beratungsprotokolle einzusehen und auf Wunsch Einsicht in die Beratungsakte zu ermöglichen. Die Vollmacht beschränkt sich auf die Beratungstätigkeiten der DGM Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke - Landesverband Bayern e.V.

	1. Person	2. Person	3. Person
Vor- und Nachname			
PLZ, Ort			
Straße			
Telefon			
E-Mail			
Beziehung zum Ratsuchenden			
Unterschrift Vollmachtnehmer			
Die Vollmacht gilt	<input type="checkbox"/> ab sofort <input type="checkbox"/> ab _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ab sofort <input type="checkbox"/> ab _____ bis _____	<input type="checkbox"/> ab sofort <input type="checkbox"/> ab _____ bis _____

Mir ist bekannt, dass ich die erteilten Vollmachten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos schriftlich widerrufen kann. Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift