

## Widerruf Datenschutz /Schweigepflicht und Weitergabe von Daten an Dritte

Hiermit widerrufe ich

### Und Herrn / Frau / Familie

Name, Vorname

Geb. Datum

Anschrift

Gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU- DSGVO meine Einwilligung in die Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten vom \_\_\_\_\_ und fordere Sie auf, die entsprechenden Daten unverzüglich zu löschen.

Sollte eine Löschung aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein, fordere ich Sie auf, die Daten in einer Form zu Kennzeichnen, dass Sie von Ihrer Praxis zu weiterer Verarbeitung genutzt werden.

Gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU- DSGVO meine Einwilligung in die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte vom \_\_\_\_\_. Ich fordere Sie auf, die entsprechenden Daten unverzüglich für die Weitergabe zu sperren und dafür zu sorgen, dass die Sperrung auch von Unternehmen durchgeführt wird, denen Sie meine Daten zum Zwecke der Auftragsverarbeitung übermittelt haben.

Sollte eine Sperrung bei Ihnen oder dem Drittunternehmen nicht unverzüglich möglich sein, so bitte ich um entsprechende Mitteilung unter Angabe des voraussichtlichen Vollzugs der Sperrung.

mit sofortiger Wirkung meinen Ihnen erteilte Entbindung von der Schweigepflicht vom \_\_\_\_\_ gegenüber

- dem/der verordnenden Arzt/Ärztin
- Behandelnden Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten
- Ergotherapeutinnen / Ergotherapeuten
- Lerntherapeutinnen / Lerntherapeuten
- Erzieherinnen / Erziehern
- Lehrerinnen / Lehrern
- Ärztinnen / Ärzten, Therapeutinnen / Therapeuten des Sozialpädiatrischen Zentrums
- Therapeutinnen / Therapeuten interdisziplinärer Frühfördereinrichtungen
- Fachärztinnen / Fachärzten (relevant im Bezug auf das Störungsbild)
- Sonstigen Betreuungs- und Bezugspersonen (z.B. Schülerhort, Autismusbeauftragte, Pflegekräfte,etc.)
- Familienangehörige
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------