

## **Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

**Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig!**

**Wir, die Deutsche Sarkom-Stiftung, Casper-Bender-Weg 31, 61200 Wölfersheim,**

behandeln Ihre Daten vertrauensvoll und gehen sorgsam damit um. Darum möchten wir Sie über den Umgang mit Ihren Daten informieren und um ihre Einwilligung zur Verarbeitung bitten. Falls Sie der Verarbeitung Ihrer Daten nicht zustimmen, dürfen wir Sie aus rechtlichen Gründen leider nicht unterstützen und auch nicht informieren (keine telefonische/ schriftliche Unterstützung, kein Informations-material, keine Information über z.B. neue Studien, Behandlungsmöglichkeiten, keine Einladung zu Veranstaltungen/ Fortbildungen/ Konferenzen etc..

### **1. Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

Die Deutsche Sarkom-Stiftung möchte Sie individuell informieren und unterstützen. Dazu möchte sie Ihre personenbezogenen Daten speichern und nutzen. Personenbezogene Daten wie Vorname, Name, Wohnadresse, Email-Adresse, Telefonnummer, Erkrankung (Art, Verlauf), werden nur dann gespeichert und genutzt, wenn Sie selber diese uns mitgeteilt haben.

### **2. Zweck und Verwendung ihrer personenbezogenen Daten**

Wir verwenden die von ihnen zur Verfügung gestellten Daten ausschließlich, um Sie als betroffene Person, Angehöriger, Interessent oder Mediziner/Pflegekraft/Therapeut zu informieren, bzw. hinsichtlich der Sarkom-Erkrankung Hilfestellung zu geben und zu unterstützen. Ihre persönlichen Daten werden von uns streng vertraulich behandelt. Die Deutsche Sarkom-Stiftung gibt die ihr zur Verfügung gestellten Daten nicht an Dritte weiter, soweit hierfür im erforderlichen Umfang keine gesetzliche Grundlage besteht oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben.

### **3. Dauer der Speicherung und Verwendung ihrer personenbezogenen Daten**

Durch diese Einwilligungserklärung stimmen Sie der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten in unseren Systemen auf unbestimmte Zeit zu. Unbenommen davon können Sie der Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Fünf Jahre nach Ihrem letzten Kontakt mit uns werden wir bei Ihnen nachfragen, ob wir Ihre Daten weiterverwenden dürfen. Stimmen Sie dem nicht zu, werden wir Ihre Daten löschen, sofern dies gesetzlich möglich ist.

### **4. Ihre Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Sperre, Löschung und Widerspruch**

Sie können der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Sie haben gemäß Art. 15 DSGVO das Recht, jederzeit Auskunft zu den von Ihnen verarbeiteten Daten zu verlangen. Gemäß Art. 16 bis 18 DSGVO haben Sie das Recht auf Berichtigung Ihrer Daten, auf Einschränkung ihrer Verarbeitung oder – sofern das gesetzlich möglich ist – diese löschen zu lassen.

**Bitte wenden Sie sich bei den o.g. Anliegen schriftlich an die Adresse der Deutschen Sarkom-Stiftung oder an [kontakt.stiftung@sarkome.de](mailto:kontakt.stiftung@sarkome.de)**

(Gender-Klausel: Die weibliche Form ist der männlichen Form in diesem Dokument gleichgestellt. Lediglich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt.)

Durch jeweiliges Ankreuzen erteilen Sie uns die Zustimmung,  
Ihre personenbezogenen Daten für den genannten Zweck zu verarbeiten:

(\*) Ich habe die vorgenannten Hinweise zur Verarbeitung zur Kenntnis genommen und stimme durch Unterzeichnung der Verarbeitung meiner nachfolgend angegebenen Daten im Rahmen der dargelegten Zweckbestimmung zu. (Die mit (\*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder)

Anrede (\*) .....  
Nachname, Vorname (\*) .....  
Straße, Hausnummer (\*) .....  
PLZ, Ort (\*) .....  
Firma/Klinik/Verband etc. ....  
Telefon-Nummer(n) .....  
Email-Adresse (\*) ..... @ .....  
Geburtsdatum .....  
Diagnose seit ..... Behandlung in .....

**PERSONEN-/INTERESSENTENGRUPPE**

Patient/in                       Angehörige/r                       Interessent/in  
 Mediziner/in Fachrichtung: .....  
 Pflegekraft, Therapeut/in: .....

**ICH BIN SELBST ERKRANKT ODER INTERESSIERE MICH FÜR**

Weichgewebesarkom            Subtyp .....  
 GIST                                    Exon .....  
 Knochensarkom/-tumor        Subtyp .....

**BITTE SCHICKEN SIE MIR - BIS AUF WIDERRUF - DEN EMAIL-NEWSLETTER FÜR**

Weichgewebesarkome             JA                       NEIN  
GIST                                     JA                       NEIN  
*Künftig: Knochensarkome         JA                       NEIN                      (Geplant! Derzeit noch nicht verfügbar!)*

**WIE DÜRFEN WIR SIE KONTAKTIEREN?**

Per Email                             Per Telefon                             Per Post

.....  
**Ort, Datum**

**Unterschrift**