

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG VERLAUFSdokUMENTATION UND EXTERNE BEFUNDE

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind (Vor- und Nachname in BLOCKBUCHSTABEN)

---

im Rahmen der Therapie im Autismuszentrum Sonnenschein zu Zwecken der Verlaufsdokumentation gefilmt/fotografiert werden darf.

### Weitere, ebenfalls freiwillige, Einverständniserklärungen:

- Ich bin damit einverstanden, dass gesammelte Daten in anonymisierter Form zum Zweck der Evaluierung der Behandlung im Autismuszentrum Sonnenschein verarbeitet und zu Studienzwecken verwendet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass das Autismuszentrum von anderen Institutionen, Kliniken und von niedergelassenen Ärzt\*innen/Psycholog\*innen/Therapeut\*innen bei Bedarf Befunde\* anfordern darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass Abteilungen oder Kliniken auf Anfrage Befunde\* meines Kindes vom Autismuszentrum Sonnenschein erhalten dürfen, wenn mein Kind diese Kliniken aufsucht/aufgesucht hat.
- Ich bin damit einverstanden, dass Therapieeinheiten meines Kindes per Videokonferenz über Online-Applikationen abgehalten werden, falls erforderlich. Für die Dauer der Telebehandlung werden die Konferenzen aufgezeichnet. Diese Aufzeichnungen werden nach Abschluss der Telebehandlung umgehend gelöscht.
- Ich bin damit einverstanden, dass von oben genannter Person Foto- und Videoaufnahmen im Rahmen von Weiterbildungen oder zu Lehrtätigkeiten an Mitarbeitende des Autismuszentrums und Teilnehmende in einschlägigen Ausbildungszweigen gezeigt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass von oben genannter Person Foto- und Videoaufnahmen zum Zwecke der Berichterstattung über Tätigkeiten des Autismuszentrums und der Öffentlichkeitsarbeit angefertigt und auf dessen Webseite und Social Media Kanälen sowie in Presseaussendungen und auf Werbemitteln (zB Folder) veröffentlicht werden dürfen.

*Ich nehme jeweils zur Kenntnis, dass durch das Streamen im Internet (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung des Gesundheitszustandes meines Kindes führen kann.*

\* somit Informationen über den Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten.

### Gesonderte Information zur Videokonferenz:

Telemedizinische Behandlungen oder Therapieeinheiten dienen auch zur Vertragserfüllung eines Behandlungsvertrages und können bei entsprechender Notwendigkeit – etwa aufgrund der von der Bundesregierung getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 – neben der Einwilligung demnach auch gem Art 6 Abs 1 lit b DS-GVO datenschutzrechtlich gerechtfertigt sein.

Zur Durchführung der Videokonferenzen können Auftragsverarbeiter\*innen herangezogen werden. Derzeit verwenden wir die Online-Applikation *Zoom* (Zoom Video Communications Inc, 55 Almaden Blvd, Suite 600, San Jose, CA 95113, USA; E-Mail: [privacy@zoom.us](mailto:privacy@zoom.us)).

Diesen werden folgende Daten im Anwendungsfall weitergeleitet: Von Ihnen angegebene Vor- und Nachname sowie E-Mailadresse, IP-Adresse, Unterhaltungsverlauf.

### Widerruf von Einwilligungen und Übermittlungen

Sie können sämtliche abgegebene Einwilligungen jederzeit und ohne Angabe eines Grundes per E-Mail an [sekretariat@azs-wn.at](mailto:sekretariat@azs-wn.at) **widerrufen**. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Dort, wo die Verarbeitung allein auf Ihrer Einwilligung beruht und wir nicht zur Aufbewahrung gesetzlich verpflichtet sind, werden die bezughabenden Daten umgehend gelöscht. Eine **Übermittlung** der Daten an Dritte (außer im dargestellten Umfang) findet nicht statt.

### **Ihre Rechte**

Ihnen und Ihrem Kind stehen als betroffene Person folgende Rechte zur Verfügung:

- **Recht auf Auskunft:** Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob – und wenn ja: welche – personenbezogenen Daten über Sie verarbeitet werden.
- **Recht auf Berichtigung und Löschung:** Sie können die Berichtigung/Vervollständigung Ihrer unrichtiger Daten sowie die Löschung Ihrer Daten verlangen.
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie können die Übermittlung erhobener personenbezogener Daten an einen Dritten verlangen.
- **Widerspruchsrecht:** Sollten sich aus Ihrer besonderen Situation solche Gründe ergeben, können Sie jederzeit gegen die Verarbeitung Ihrer Daten, Widerspruch einlegen.

Diese Rechte können Sie direkt bei uns als verantwortlichem Datenverarbeiter entweder postalisch oder per E-Mail an [sekretariat@azs-wn.at](mailto:sekretariat@azs-wn.at) geltend machen. Unabhängig der Behandlung Ihrer Anträge ist jeder Verantwortliche verpflichtet, Ihre Identität festzustellen, um allfällige Datenschutzverstöße (zB Beauskunftung an die falsche Person) hintanzuhalten. Aus diesem Grund müssen Sie gegebenenfalls ein Prozedere zur Identitätsfeststellung durchlaufen.

Weiters steht Ihnen, wenn sie Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften, insbesondere Ihre Betroffenenrechte vermuten, das Recht zu, Beschwerde bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Barichgasse 40-42, 1030 Wien, Telefon: +43 1 521 52-25 69, E-Mail: [dsb@dsb.gv.at](mailto:dsb@dsb.gv.at) als zuständige Aufsichtsbehörde einzubringen.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.autismuszentrum-sonnenschein.at/datenschutz>.

.....

Datum

.....

Unterschrift des\*der Erziehungsberechtigten