

Anamnesefragebogen

Name:Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:

PLZ:.....Wohnort:.....

Straße:.....Nr:.....

Telefon-Festnetz:.....Telefon-mobil:.....

Krankenkasse:..... Versicherungs-Nr.:.....

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

Name, Vorname:.....

Telefon-Festnetz:.....Telefon-mobil:.....

Wer kann/soll im Notfall in Ihre Wohnung/Ihr Haus?

Name, Vorname:.....

Telefon-Festnetz:.....Telefon-mobil:.....

Ich entbinde die Mitarbeiter der REHA am Kreuz im Notfall von der Schweigepflicht gegenüber den o.g. Personen.

Datum:

Unterschrift:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Kürze beginnen Sie in unserer REHA am Kreuz in Erfurt eine ganztägig ambulante Rehabilitation. Ihre individuelle Vorgeschichte ist für die Behandlung und den am Ende der Rehabilitationsmaßnahme zu erstellenden Arztbericht von großer Bedeutung.

Um den Aufnahmetag zu vereinfachen und längeren Wartezeiten vorzubeugen, bitten wir Sie daher um die nachfolgenden persönlichen Angaben auf freiwilliger Basis.

Bringen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen am Aufnahmetag mit.

Detailfragen werden am Aufnahmetag im Rahmen der ärztlichen Aufnahme besprochen.

Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unter Einhaltung des Datenschutzes. Wir bitten Sie, die beiliegende **Patienteninformation zum Datenschutz** zu lesen und uns am Ende des Fragebogens die Kenntnisnahme mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

1. Allgemeine und klinische Anamnese

1.1 Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) gehäuft ernsthafte Erkrankungen aufgetreten?

nein

Wenn ja, bei wem, welche Erkrankung?

Erkrankung

Bei wem?

Gelenkverschleiß (Arthrose/ Rheuma):

Krebserkrankungen, welche?

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Zuckerkrankheit:

Anfallsleiden:

Andere:

1.2 Eigene Erkrankungen

An welchen chronischen Erkrankungen leiden Sie und seit wann?

Ich war nie ernsthaft erkrankt.

Bluthochdruck seit:

Herzinfarkt, wann

andere Herzerkrankung:

Herzrhythmusstörungen seit:

Herzschrittmacher/ Defi nein ja, seit:

(Bitte Ausweis oder Kopie mitbringen.)

Asthma bronch. seit:

Chron. Bronchitis seit:

COPD seit:

Zuckerkrankheit seit:

Diät Medikamente

insulinpflichtig seit:

Magen-Erkrankungen

Leber/Gallen-Erkrank.

Nieren-Erkrankungen

Schilddrüsen-Unterfunktion Schilddrüsen-Überfunktion Hashimoto Thyreoiditis

Rheuma seit:

Osteoporose seit:

Embolie, wann:

Thrombosen, wann u. wo:

Anfallserkrankungen, seit wann:

Krebserkrankungen, welche, wann:

Andere Erkrankungen:

Bezüglich der oben angegebenen chronischen Erkrankungen befinde ich mich in:

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

in regelmäßiger hausärztlicher Kontrolle nein ja, mal pro Wo / Mo / Jahr

in regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle , mal pro Wo / Mo / Jahr

beim

Ich bin in keinem / einem DMP-Programm (Disease-Management-Programm) eingeschrieben,

wenn ja, in welchem:

Ich gehe mal pro Wo / Mo / Jahr zu meinem Hausarzt zur Routinekontrolle.

1.3 Welche Unfälle mit Verletzungen hatten Sie und wann?

Verletzungen, die nicht operativ versorgt wurden (wann, welche, ggf. welche Seite):

.....
.....
.....

1.4 Welche Operationen hatten Sie und wann? Bitte vergessen Sie nicht, bei paarigen Organen die Seite anzugeben.

Operationen (wann, welche, ggf. welche Seite):

.....
.....
.....

1.5 Medikamente – wichtig!!!

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? nein ja

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (wie z.B. Falithrom, Xarelto) ein? nein ja
(Bitte Ausweis oder Kopie mitbringen.)

| Medikament (bitte mit mg-Angabe, falls angegeben) | morgens | mittags | abends | nachts |
|---|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

1.6 Behandelnde Ärzte

Bitte geben Sie hier den genauen Namen und die vollständige Adresse an (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort), da Ihre nachbehandelnden Ärzte sonst evtl. nicht über Ihren Rehabilitationsaufenthalt und die erforderlichen Nachbehandlungen informiert werden können.

Hausarzt:

.....
.....

Heimfacharzt mit Fachrichtung:

.....
.....

Vorbehandelnde Klinik (Abteilung, Krankenhaus ausreichend):

.....

2. Krankheitsverlauf

2.1 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigungen

Bitte schildern Sie hier kurz, welche Beschwerden Sie, seit wann, haben, wie sich der Krankheitsverlauf gestaltete. Bezüglich der durchgeführten Diagnostik, bisheriger Therapien, ggf. Operationen, Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationsaufenthalte beantworten Sie bitte die anschließenden Fragen.

2.2 Bisherige Diagnostik im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung

Welche Diagnostik wurde bereits durchgeführt? Was, wann und wo?

Bitte bringen Sie diese unbedingt am Aufnahmetag mit. Sie vermeiden damit unnötige Verzögerungen durch zeitraubende Anforderung auf dem Postweg. Sie erhalten alles am Ende der Rehabilitation zurück.

| | | |
|------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Röntgen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, |
| MRT | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, |
| CT | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, |
| Neurologie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, |
| andere | | |

2.3 Bisherige Therapien im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung

Aktuelle Operation: ja nein

Datum: Operation:

Bisherige nicht operative Behandlungen: ja nein

Welche und waren diese erfolgreich?

| <i>erfolgreich:</i> | <i>ja</i> | | <i>nein</i> | | <i>ja</i> | | <i>nein</i> |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Injektionen (Spritzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungsbad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infusionen (Tropf) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elektrotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Akupunktur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilmassagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chirotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wärmeanwendungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige:

2.4 Haben Sie bereits früher an medizinischen Rehabilitationsleistungen teilgenommen?

- nein
 ja, wann, wo, warum.....

2.5 Jetzige Beschwerden

Bitte beschreiben Sie hier kurz Ihre aktuellen Beschwerden (**bezogen auf ca. die letzten 6-8 Wochen**): z.B. wo, Ruhe-/Bewegungs-/Belastungsschmerz, Intensität, Häufigkeit, Dauer, wann treten sie auf, wohin strahlen die Schmerzen aus, welche Funktionseinschränkungen liegen vor, z.B. Bewegungseinschränkung im Kniegelenk, in der Wirbelsäule usw.

2.6 Subjektive Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe

Ich fühle mich durch die Beschwerden eingeschränkt in meinem:

Alltagsleben ja nein

Einschränkungen bestehen in Bezug auf Aktivitäten:

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|--|
| Sitzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max.Minuten |
| Gehstrecke | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max.Meter |
| Gangbild/Gangsicherheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max. <input type="checkbox"/> Stufen / <input type="checkbox"/> Etagen |
| Stehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max.Minuten |
| Bücken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Knien/Hocken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Liegen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max.Stunden |
| Heben | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max.kg |
| Tragen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, max.kg |
| Überkopfarbeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Feinmotorische Arbeiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Gedächtnisleistungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, konkret: |
| Sprachliche Verständigung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, konkret: |
| Schreiben | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lesen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Entscheidungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, konkret: |
| Stress-/Problembewältigung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Einschränkungen bestehen in Bezug auf Teilhabebereiche:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| Selbstständige Körperpflege | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Selbstständige Haushaltsführung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Einkaufen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Nutzung eines PKW | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, nur aktuell | <input type="checkbox"/> ja, dauerhaft |
| Welche konkret: | | | |

Sonstige Einschränkungen:

.....

2.7 Hilfsmittel

Haben Sie Hilfsmittel: nein ja:

Gehstützen Korsett Zahnprothese/n
Gehbock Bandagen Brille nah/fern
Gehstock Maßschuhe Hörgerät/e
Rollator Einlagen
Rollstuhl TENS-Gerät
andere , welche:

3. Vegetative Anamnese

Größe: cm Gewicht unbeeidet: kg

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem:

Appetit normal stressbedingt wechselnd
 aktuell reduziert generell Appetitlosigkeit
 aktuell schmerzbedingt reduziert schwankend

Gewicht konstant Abnahme von kg Zunahme von kg
 schwankend in Wo / Mo in Wo / Mo
 gewollt
 ungewollt

Schlaf ungestört chron. Einschlafstörungen chron. Durchschlafstörungen
 aktuelle Einschlafstörungen aktuelle Durchschlafstörungen
 Schlafapnoesyndrom Schlafapnoesyndrom mit Maske

Stuhlgang normal hartleibig / Obstipation Neigung zu Durchfall
 aktuell Durchfall seit: Reizdarm
 Colitis ulcerosa

Wasserlassen normal Inkontinenz gestört bei bekannter Prostatavergrößerung

nächtliches Wasserlassen nein ja, ca. mal pro Nacht

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja Wenn ja, welche?
(Bitte Ausweis oder Kopie mitbringen.)

.....

Sind bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt? nein ja Wenn ja, welche?

.....

Risikofaktoren und Risikoverhalten

Rauchen Sie? nein ja: Was und wie viel? /Tag

Haben Sie früher geraucht? Wenn ja, bis wann:

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja: Was und wie viel? /Tag

Liegt oder lag bei Ihnen eine Abhängigkeitserkrankung vor?

nein ja: Welche und wann?

Liegen bei Ihnen folgende weitere Risikofaktoren vor?

Bewegungsarmut mangelnde Erholung Stress

erhöhte Blutfette

Sonstige:

Sportliche Aktivitäten und Eigeninitiativen

Haben Sie früher regelmäßig Sport betrieben? nein ja: Was und bis wann?

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport? nein ja: Was?

Eigeninitiativen (Spazieren, Yoga,.....):

4. Gynäkologische Anamnese

Periode: regelmäßig unregelmäßig zuletzt am Menopause seit:

Geburten: keine Fehlgeburten: keine

Letzte gynäkologische Untersuchung:

5. Sozialanamnese

5.1 Sozialanamnese mit Umfeldfaktoren

Familienstand:

ledig verheiratet verwitwet

getrennt lebend in fester Partnerschaft

Kinder: keine ja, Anzahl:

davon: unterhaltspflichtig wirtschaftlich selbständig

Wohnsituation:

Wohnung Etage: ohne Lift

Einfamilienhaus betreutes Wohnen

barrierefrei teilweise barrierefrei

Häusliche Versorgung:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nur aktuell eingeschränkt | <input type="checkbox"/> möchte keine Angaben machen |
| <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Ehepartner | <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte |
| <input type="checkbox"/> Kinder im Haus | <input type="checkbox"/> Kinder in der Nähe | <input type="checkbox"/> Kinder weit weg |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> andere: |
| <input type="checkbox"/> ist gewährleistet und ausreichend | <input type="checkbox"/> ist mit Hilfe gewährleistet und ausreichend | <input type="checkbox"/> ist mit Hilfsmitteln gewährleistet und ausreichend |

Psychische oder soziale Probleme (z.B. familiär, finanziell, lange Krankheit, Pflege von Angehörigen):

- keine
 liegen vor durch:

Pflegestufe:

- liegt nicht vor beantragt am: ja, Stufe: seit:

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

- liegt nicht vor ja, Kontakt zum Betreuer _____

5.2 Wenn Sie noch berufstätig sind:

5.2.1 Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

5.2.2 Sind Sie krankgeschrieben?

- nein ja Wenn ja, seit wann?

5.2.3 Können Sie Ihre letzte Tätigkeit nach vollständiger Genesung wieder ausüben?

- ja nein

6. Rehabilitationsziele

Welche individuellen Rehabilitationsziele haben Sie? Beschreiben Sie bitte mit Ihren eigenen Worten Ihre Ziele und Erwartungen an Ihre Rehabilitationsbehandlung

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: **Unterschrift Patient:**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wissen, dass wir Ihnen mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens bereits einige Arbeit abverlangt haben, umso mehr danken wir Ihnen für die gewissenhafte Beantwortung. Wenn Sie noch Informationen hinsichtlich des Fragebogens benötigen, zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen und erfolgreichen Aufenthalt in unserem Zentrum.

Ihr Team der REHA am Kreuz Erfurt

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist es erforderlich, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Einrichtung Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Institution: REHA am Kreuz GbR
Vertreten durch: Dr. Peter Ullmann, Dagmar Schuh
Adresse: Konrad-Zuse-Str.23
99099 Erfurt

Kontaktdaten: 0361 442 090
E-Mail: info@sportreha-erfurt.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Anschrift: Konrad-Zuse-Str.23
99099 Erfurt

Kontaktdaten: Tel.:0361 442 090
E-Mail: datenschutz@sportreha-erfurt.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt in erster Linie aufgrund des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und uns gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Darüber hinaus erlauben uns weitere Gesetze und Verordnungen, wie bspw. §§ 630a ff. BGB, § 22 BDSG-neu und die Art. 6 und Art. 9 DSGVO Ihre Daten zu verarbeiten. Zusätzlich sind auch Verarbeitungen zulässig, in denen Sie Ihre Einwilligung erklären.

Die REHA am Kreuz verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, demnach zum Zwecke Ihrer Behandlung. Der Begriff „*verarbeiten*“ umfasst alle Tätigkeiten (erheben, erfassen, speichern, abfragen, nutzen, übermitteln, löschen etc.), die im Zusammenhang mit Ihren personenbezogenen Daten stehen.

Die Verarbeitungsvorgänge finden zum Zwecke von Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlügen, Befunden oder dem Nachsorgemanagement statt. Im Hinblick auf medizinische Konsilien zur Erörterung einer Behandlung, können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. schriftlich in Arztbriefen).

Das Erheben von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Die im Rahmen Ihrer Behandlung erhobenen Daten werden in einer Akte zusammengeführt und entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen aufbewahrt.

Neben den behandlungsbezogenen Verarbeitungstätigkeiten bedarf es auch eines verwaltungsmäßigen Umgangs mit Ihren personenbezogenen Daten. In Prozessen, wie der Rechnungsprüfung, der Abrechnung Ihrer Behandlung, Wartungsarbeiten von IT-Systemen oder speziellen Meldepflichten (bspw. an das Gesundheitsamt aufgrund des Infektionsschutzgesetzes) können Ihre Daten verarbeitet werden.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem

- Haus- bzw. weiterbehandelnde Fachärzte,
- Psychotherapeuten,
- die Deutsche Rentenversicherung,
- Krankenkassen,
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung,
- Unfallversicherungsträger,
- andere Rehabilitationseinrichtungen,
- andere Dienstleister (sogenannten Auftragsverarbeiter*) sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen sowie zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen.

*Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung notwendiger Daten an weitere externe Auftragnehmer, wie z. B. dem dem Labor, dem Fahrdienst oder einem Lieferanten zum Zwecke der Speiserversorgung. Mit diesen externen Versorgern haben wir sog. Verarbeitungsverträge abgeschlossen, in denen sowohl die Schweigepflicht der dort angestellten Mitarbeiter, als auch die Sicherheit im Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten streng geregelt sind. Sollten Sie dazu Fragen haben, wenden Sie sich vor Ort gerne an unseren Datenschutzbeauftragten.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Die REHA am Kreuz ist nach § 630f BGB dazu verpflichtet eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kommt die REHA am Kreuz sowohl in elektronischer als auch in papiergestützter Form nach. Die daraus entstehende Patientenakte wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung von uns verwahrt.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (gem. § 603f Abs. 3 BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen von bis zu 30 Jahren ergeben (bspw. bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung).

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitungsvorgänge Ihrer Daten erfolgen auf Basis der o. g. genannten gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung. In diesen Fällen haben Sie dann das Recht, Ihre Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung können Sie per Post, oder per Mail schriftlich vornehmen. Einer Angabe von Gründen bedarf es nicht. Ihr Widerruf gilt aber erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen erteilt haben. Der Widerruf hat keine Rückwirkung und die Verarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtsgültig.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Thüringer Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Adresse: Häßlerstr. 8, 99096 Erfurt