

Einwilligungserklärung nach Datenschutz-Grundverordnung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt, sowie an die Bescheid-Erstellende-Behörde im Rahmen des Sondervertrages des Landes Steiermark, gegebenenfalls weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zu den folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- Autismusspezifische Therapie – Libelle-Autismuszentrum gGmbH
- Psychologische Beratung – Libelle-Autismuszentrum gGmbH

Rechtsgrundlage der Verarbeitung: Psychologengesetz 2013.

Gesetzlich vorgegebene Aufbewahrungsfrist nach klinisch-psychologischen Richtlinien: 10 Jahre.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der Europäischen DSGVO erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Es ist mir bewusst, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Ich habe ein Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten, sowie das Recht zur Berichtigung der Daten. Ich kann die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung der übergebenen Daten begehren und Widerspruch erheben. Ich habe das Recht die Daten in einer strukturierten, maschinenlesbaren Form zu erhalten.

Ich kann mein Einverständnis jederzeit verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Mag.^a Christa Hönig-Sterrer, Libelle-Autismuszentrum gGmbH, Administration
Theodor-Körner-Straße 113 a, 8010 Graz, 0676 64 21 947, Office@libelle-autismuszentrum.at

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten gelöscht.

Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass insbesondere über die unverschlüsselte Übermittlung von Daten, Dritte Kenntnis von diesen Informationen erlangen können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung von Informationen führen kann.

Außerdem habe ich das Recht, mich bei der Aufsichtsbehörde (Österreichische Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 9, 1080 Wien) zu beschweren.

(Stand: 25.05.2018)

→ Unterschrift Formular „Antrag auf Aufnahme in die Warteliste Therapie“

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM ABLAUF

Aufnahme auf die Warteliste für Einzel- und/oder Gruppentherapie

1. Sie bekommen vom Büro Unterlagen zur DSGVO, ein Datenblatt und dieses Informationsblatt
2. Bitte an das Büro der Libelle gGmbH retournieren:
 - a. Ausgefüllte und unterschriebene Unterlagen/Datenblätter
 - b. Klinisch-psychologischer/ärztlicher Befund mit Diagnose Autismus-Spektrum-Störung (Asperger-Syndrom/Atypischer Autismus/Frühkindlicher Autismus)
3. Sind alle Unterlagen eingelangt, werden Sie/Ihr Kind auf die Warteliste aufgenommen.

Allgemeine Richtlinien

Erstgespräch:

Vor dem Start einer Behandlung im Einzel- oder Gruppensetting findet ein **KOSTENPFLICHTIGES** Erstgespräch im Ausmaß von 50 min statt (**zum aktuellen Tarif – derzeit € 115**). In diesem Gespräch geht es um organisatorische Belange und wichtige Informationen zum/r Klient:in. Zudem werden – wenn nicht schon geschehen – die Unterlagen für die **Antragstellung (StBHG)** mitgegeben.

Antragsstellung:

Nach dem Erstgespräch bitten wir Sie, **innerhalb von 1 Woche** den Antrag zu stellen und **uns eine Bestätigung der erfolgten Antragstellung** zu übermitteln. Dann kann mit der Behandlung begonnen werden. Sollte die Frist zur Antragsstellung nicht eingehalten werden, wird der Therapieplatz anderweitig vergeben und Sie kommen wieder auf die Warteliste.

Verrechnung:

Bei Vorliegen eines positiven Zuerkennungsbescheids des Landes Steiermark verrechnen wir direkt (lt. Sondervereinbarung) mit dem Land Steiermark.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 h vor dem Stattfinden abzusagen. Andernfalls sind wir gezwungen, Termine PRIVAT zu verrechnen.

Beratung:

Unabhängig vom Erstgespräch kann jederzeit ein **unverbindliches Beratungsgespräch** in Anspruch genommen werden. Dieses ersetzt NICHT das Erstgespräch vor Therapiebeginn. Ein Beratungsgespräch ist kostenpflichtig (zum aktuellen Tarif – derzeit € 115).

Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen.

→ Unterschrift Formular „Antrag auf Aufnahme in die Warteliste Therapie“