



## ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Im Rahmen des vom Bundessozialamt geförderten Projektes *LEA BuS - Leben mit Epilepsie in der Arbeitswelt Beratung und Sensibilisierung* gibt es die Möglichkeit einer Beratung und Unterstützung durch EpilepsiefachberaterInnen. Diese unterstützen BeraterInnen in ganz Österreich bei der Integration von Menschen mit Epilepsie durch ihre Fachexpertise.

Ich, \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Zuname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

bin einverstanden, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_  
BeraterIn \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

mit der MitarbeiterIn von

*Institut für Epilepsie IfE gemeinnützige GmbH*  
Georgigasse 12, A-8020 Graz [www.epilepsieundarbeit.at](http://www.epilepsieundarbeit.at)

Mag.<sup>a</sup> Heidemarie Leitgeb / Mag.<sup>a</sup> Elisabeth Pless über meine Epilepsie sprechen darf, ihr Befunde und Unterlagen übermitteln darf, damit ich optimal beraten werden kann.

Weiters stimme ich gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 und § 9 Z 6 des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, in der jeweils geltenden Fassung, zu, dass meine Daten wie Name, Sozialversicherungsnummer, Geschlecht, Wohnadresse, Telefonnummer, höchste abgeschlossene Ausbildung, Staatsbürgerschaft, Arbeitgeber zur Dokumentation erfasst und gespeichert werden dürfen.

Ich wurde ferner darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift PatientIn bzw. Erziehungsberichtige/r