Datenschutzrechtliche Hinweise zu Eingaben an den Justizvollzugsbeauftragten

Für eine sachgerechte Bearbeitung meiner an den Justizvollzugsbeauftragten gerichteten Eingabe(n) kann es erforderlich sein, dass mein Recht auf Datenschutz beeinträchtigt wird. Zulässig ist dies aber nur mit meiner Einwilligung.

Falls ich die unten stehende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung unterschreibe, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Justizvollzugsbeauftragte und/oder seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- Einsicht in meine in der zuständigen Justizvollzugsanstalt vorhandenen personenbezogenen Daten nehmen,
- von der zuständigen Justizvollzugsanstalt Auskunft mit meinen personenbezogenen Daten erhalten,
- den Inhalt meiner Eingabe(n) - erforderlichenfalls unter Angabe meines Namens oder unter Mitteilung von Umständen, die Rückschlüsse auf meine Identität zulassen - mit der zuständigen Justizvollzugsanstalt erörtern,
- öffentlichen Stellen zu deren Aufgabenwahrnehmung oder zur Klärung des Sachverhalts meine personenbezogenen Daten übermitteln,
- von diesen öffentlichen Stellen Auskunft mit meinen personenbezogenen Daten erhalten,
- meine personenbezogenen Daten speichern.

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung in den vorstehend dargelegten Umgang mit meinen personenbezogenen Daten verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich muss dann allerdings damit rechnen, dass eine sachgerechte Bearbeitung beziehungsweise sachgerechte weitere Bearbeitung meiner Eingabe(n) möglicherweise nicht erfolgen kann.

Sofern es sich um eine medizinische Angelegenheit handelt entbinde ich den mich behandelnden Arzt / die mich behandelnde Ärztin und die weiteren mit meiner Behandlung betrauten Personen für die Dauer der Eingabenbearbeitung von ihrer Schweigepflicht bezüglich aller für die Eingabe relevanten Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich, _____, (Vor- und Nachname, bitte in Blockschrift)

willige in den oben dargelegten Umgang mit meinen personenbezogenen Daten ein.

Sofern es sich um eine medizinische Angelegenheit handelt:

Ich entbinde den mich behandelnden Anstaltsarzt / die mich behandelnde Anstaltsärztin Herrn/Frau

**_____ und die weiteren mit meiner
Behandlung betrauten Personen von ihrer Schweigepflicht
gegenüber den Justizvollzugsbeauftragten und seinen
Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im oben dargelegten Umfang.**

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift