Anmeldung Ferienwochen / Wochenendausflüge

**Wir freuen uns über Ihre Anmeldung für die Angebote von insieme Ausserschwyz.**

**Für die definitive Bestätigung des gewünschten Ferienangebotes werden wir uns auf die Angaben in der Anmeldung abstützen.** Für die Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt insieme Ausserschwyz keine Verantwortung oder Haftung. **Änderungen des Gesundheitszustandes und entsprechende Folgen für die Ferienbetreuung sind rechtzeitig vor Ferienantritt zu melden.**Wir setzen für alle Angebote einen gesundheitlich guten und stabilen Zustand voraus. **Bei falschen oder ungenügenden Angaben ziehen wir einen Ausschluss oder Abbruch in Betracht. In diesem Zusammenhang anfallende Mehrkosten werden weiter verrechnet.**

insieme Ausserschwyz wünscht allen schöne Erlebnisse.

**Herzlichen Dank für ein sorgfältiges und vollständiges Ausfüllen der Anmeldung!**

**Gerne melde ich mich für folgende Ferienwochen und Wochenendeausflüge an:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Vorname** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ferienwochen** | **Datum** | **Anmeldefrist** |
|  | Wintersportwoche in Lenzerheide  Schneeschuh- und Winterwandern  Skifahren | 14. März bis 21. März 2026 | **15. November 2025** |
|  | Erholungsferien in Walchwil **Frühling** | 06. Juni bis 13. Juni. 2026 | 07. Januar 2026 |
|  | Sommerferien in Davos | 25. Juli bis 01. August 2026 | 07. Januar 2026 |
|  | Sommerferien in Wilen bei Sarnen | 25. Juli bis 01. August 2026 | 07. Januar 2026 |
|  | Erholungsferien in Walchwil **Herbst** | 22. August bis 29. August 2026 | 07. Januar 2026 |
|  | Herbstferien in Ponteresina | 06. Sept. – 12. Sept. 2026 | 07. Januar 2026 |
|  | **Wochenendausflüge** | **Datum** | **Anmeldefrist** |
|  | Bergwochenende | 13. / 14. Juni 2026 | 07. Januar 2026 |
|  | Schlagerparade Chur | 26. / 27. September 2026 | 07. Januar 2026 |
|  | Städteausflug | 28. / 29. November 2026 | 07. Januar 2026 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Aktuelles Foto*  *Teilnehmer/in* | *Bitte ein aktuelles Foto in das Feld einkleben.*  *Herzlichen Dank!* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wohnsitz  der Teilnehmerin /  des Teilnehmers | Name | | | | | | | | | Vorname | | | | | | | | | |
| Strasse | | | | | | | | | PLZ/Ort | | | | | | | | | |
| Festnetz | | | | | | | | | Mobile | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | | | | | E-Mail: | | | | | | | | | |
| Bezugsperson  der Teilnehmerin /  des Teilnehmers | Name der Institution: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | | | | | Vorname | | | | | | | | | |
| Festnetz | | | | | | | | | Mobile | | | | | | | | | |
| E-Mail: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Notfallnummer der Kontaktpersonen die jederzeit erreichbar sind | Name | | | | | | | | | Vorname | | | | | | | | | |
| Festnetz | | | | | | | | | Mobil | | | | | | | | | |
| Name | | | | | | | | | Vorname | | | | | | | | | |
| Festnetz | | | | | | | | | Mobil | | | | | | | | | |
| Rechnungsadresse |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Name | | | | | | | | | Vorname | | | | | | | | | |
|  | Strasse | | | | | | | | | PLZ/Ort | | | | | | | | | |
| Genaue Bezeichnung der Beeinträchtigung  HilfelosenentschädigungGrad der Beeinträchtigung (HE) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Bitte genaue Diagnose angeben. (Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungs-personen auf Besonderheiten vorbereiten können)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| leicht | | | | | mittel | | | | | | | | | | schwer | | | |
| Mitglied bei  insieme | insieme Ausserschwyz | | | | insieme Innerschwyz | | | | | | | | nein | | | | | | |
| Krankenkasse  Name  Kartennummer  Versicherung  Name Unfall  Name Privathaftpflicht | Allgemein | | | | Halbprivat | | | | | | | | Privat | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unbedingt mitnehmen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unfall | | | | | | | | | Privathaftpflicht | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AHV-/ IV-Nummer | 756  .  . | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hausarzt  *Im Notfall kontaktieren wir Ihren Hausarzt. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie Ihn im entsprechenden Umfang vom Arztgeheimnis.* | Name | | | | | | | | | Vorname | | | | | | | | | |
| Strasse | | | | | | | | | PLZ/Ort | | | | | | | | | |
| Festnetz | | | | | | | | | Mobile | | | | | | | | | |
| E-Mail: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesundheit | *Zutreffendes bitte ankreuzen* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Epilepsie** | Typ «Grand mal» | | | | Typ «Petit mal» | | | | | | | | | |  | | | | |
| Datum letzter Anfall | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Übliche Frequenz der Anfälle | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Symptome vor Anfall | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Symptome bei einem Anfall | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Angepasstes Verhalten | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diabetes** | Insulinspritze nötig | | | | Spritzt Insulin selbständig | | | | | | | | | | Insulinspritze nicht nötig | | | | |
| Spezielle Hinweise | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Herz- / Kreislauferkrankung** | nein | | | | ja, bitte genaue Erkrankung unten angeben | | | | | | | | | | | | | | |
| Bitte genaue Beschwerden und Krankheitsbilder angeben | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sprach- beeinträchtigung** | ja | | | | nein | | | | | | | | |  | | | | | |
| Hilfsmittel |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sehbeeinträchtigung** | Ja | | | | nein | | | | | | | | |  | | | | | |
| Hilfsmittel | Brille | | | | Kontaktlinsen | | | | | | | | | andere: | | | | | |
| **Atembeschwerden/**  **Asthma** | Ja | | | | Nein | | | | | | | | |  | | | | | |
| Welche und wann treten sie auf? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Inkontinenz** | An welcher Form von Inkontinenz leiden Sie (bitte genau beschreiben)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Allgemeine Allergien** | An welchen Allergien (ohne Essen) leiden Sie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andere Einschränkungen | *Zutreffendes bitte ankreuzen* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich bin manchmal depressiv | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zeigt sich durch: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Was hilft? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich bin manchmal aggressiv | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei welchen Situationen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Was hilft? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich fürchte mich besonders vor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich habe besondere Abneigung gegen: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich laufe manchmal weg | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei welchen Situationen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Was hilft? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Es gibt besondere Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Welche? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Was hilft? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suchtprobleme | ja | nein | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Art/Beschreibung | Bitte benennen Sie die Sucht. Wie ist damit umzugehen (Verbot, kontrollierte Abgabe etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexualität / Neigungen | Sind Auffälligkeiten vorhanden? | | | | | | | | | ja | | | | | | | | nein | |
| Wenn ja, wie zeigt sich das? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ist Schwangerschaftsverhütung geregelt?  (Ist in Verantwortung der Teilnehmenden) | | | | | | | | | ja | | | | | | | | nein | |
| Allgemeine Hilfsmittel | Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brille | | Hörgerät | | | | | | | Schuheinlagen | | | | | | | | Zahnprothesen | |
| Andere? | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| Medikation | Nimmt Medikamente ein | | | | | | | | | Nimmt keine Medikamente ein | | | | | | | | | |
|  | **Aktueller Medikamentenplan mitgeben (inkl. Reservemedikamente).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Name | | | | | | Morgens (Menge) | | | | | Mittags (Menge) | | | | | | | Abends (Menge) |
| Reservemedikation  bei Schmerzen, Unruhe und psychischen Belastungen  Sie tragen die Verantwortung dafür, dass die Medikamenten- abgabe vor Ort durch Laien erfolgen kann.  Medikamente müssen in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein. Beipackzettel mitgeben. Die mitgenommene  Menge muss für die ganze Dauer reichen. |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
| Benötigt KEINE Reservemedikation, wenn ja bitte UNBEDINGT OBEN AUFLISTEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich nehme die Medikamente selbstständig ein | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich möchte, dass mich jemand unterstützt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medikamente müssen durch die Betreuungsperson verabreicht werden | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rezeptfreie Medikamente dürfen ohne Rücksprache durch die Leitung verabreicht werden? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ja | | | nein | | | | | |
| *So geht die Einnahme für mich am einfachsten:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medikamenten-Unverträglichkeit | Name Medikament/Wirkstoff | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Unterstützung und  Betreuung | **Einstufung der Unterstützungsleistungen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| keine | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ich benötige Einzelbetreuung | | | | | | | | ja | |  | | | | | | nein | | |
| **Mehrkosten werden verrechnet** | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allgemeine Fragen | Ich brauche einen Mittagsschlaf | | | | | | | | ja | | nein | | | | | |  | | |
| Ich kann mich selbständig ankleiden | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich kann mich allein ausziehen | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich gehe selbständig zu Bett | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich wasche mich selbständig | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich dusche selbständig | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich putze die Zähne allein | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich kämme mich selbständig | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich gehe selbständig zur Toilette | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich kann mich nach dem Toilettengang  selbständig reinigen (Intimpflege) | | | | | | | | ja | | nein | | | | | |  | | |
| Ich rasiere mich allein | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich wähle selbständig meine Kleider | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich wechsle von allein meine Wäsche | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich kann selber die Schuhe binden | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | mit Anleitung | | |
| Ich schnarche | | | | | | | | ja | | nein | | | | | |  | | |
| Ich kann ohne Hilfe schwimmen | | | | | | | | ja | | nein | | | | | |  | | |
| Ich darf tauchen | | | | | | | | ja | | nein | | | | | |  | | |
| Auftriebsmittel beim Schwimmen | | | | | | | | ja | | nein | | | | | | welche? | | |
| **Auftriebsmittel müssen mitgebracht werden** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unterkunft/Zimmer | **Einzelzimmer sind nur für einzelne Ferienangebote buchbar. Bitte beachten Sie die Unterkunftsart in der Broschüre.** | | | | | | | |
|  | Ich brauche **zwingend** ein Einzelzimmer | | | | | | ja | nein |
| **Mehrkosten werden verrechnet** | | | | | | | |
| Essen  Lebensmittel-unverträglichkeiten /  Allergien | Ich bin Vegetarier/in | | | | | |  | |
| Ich benötige glutenfreie Kost | | | | | |  | |
| Ich benötige laktosefreie Kost | | | | | |  | |
| Ich benötige Diät (Diätplan beilegen) | | | | | |  | |
| Ich brauche Unterstützung beim Essen | | | | | |  | |
| Ich muss auf die Essensmenge achten | | | | | |  | |
| Ich trinke Kaffee, max. Tassen pro Tag: | | | | | | Tassen | |
| Ich trinke Alkohol, Mengenangabe/Tag | | | | | |  | |
| Spezielle Hilfsmittel/weitere Besonderheiten | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Lebensmittel-unverträglichkeiten /  Allergien | **Was darf ich nicht essen und trinken** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Taschengeld | Ich kann mit Geld umgehen  Ich brauche Unterstützung beim Einteilen meines Geldes  Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet | | | | | | | |
| Ausgangsregelung | Ich darf selbständig in den Ausgang | | | | Ich darf nur in Begleitung in den Ausgang | | | |
| Ich darf nur in die mit der Leitung vereinbarten Gasthäuser | | | | Ich darf am Tag selbständig in den Ausgang  (z.B. Einkäufe) | | | |
| Nur unter klar definierter Zeit der Rückkehr | | | |  | | | |
| Abonnemente | Ich besitze eine SBB-Begleitkarte | | | | | | ja | nein |
| Ich besitze einen IV-Ausweis | | | | | | ja | nein |
| Ich besitze ein Halbtax-Abonnement | | | | | | ja | nein |
| Ich besitze ein Generalabonnement | | | | | | ja | nein |
| **Wenn vorhanden, unbedingt mitnehmen!** | | | | | | | |
| Sport/Bewegung | **Für Fussgänger/innen** | | | | | | | |
| ich kann kurze Distanzen gehen (bis 30 Minuten) | | | | | | | |
| ich kann längere Distanzen gehen (bis 1 Stunden) | | | | | | | |
| ich kann lange Distanzen gehen (2 - 3 Stunden) | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |
| **Für Rollstuhlfahrer/innen** | | | | | | | |
| Ich kann | | |  | | |  | |
| gehen | | | stehen | | | Treppen steigen | |
| im Autositz reisen | | | beim Transfer mithelfen | | | nur im Rollstuhl reisen | |
| Ich bin auf den Rollstuhl angewiesen | | | | | | | |
| immer | | | teilweise | | |  | |
| Ich kann den Rollstuhl selbst fahren | | | | | | | |
| ja | | | nein | | | teilweise | |
|  | | |  | | |  | |
| **Für Rollator Benutzer/innen** | | | | | | | |
| Ich bin auf den Rollator angewiesen | | | | | |  | |
| Immer | | | teilweise | | |  | |
| Wann: | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Meine besonderen Stärken, Hobbys, Fähigkeiten sind |  | | | | | | | |
| Meine Charakter- eigenschaften, Eigenheiten, wichtige Merkmale, Verhalten, spezielle Gewohnheiten sind. |  | | | | | | | |
| Weitere Bemerkungen, Hinweise, Informationen |  | | | | | | | |
| Bestätigung Versicherungsabschluss | | Sie bestätigen, dass Sie **die obligatorischen Versicherungen** wie Kranken- und Unfallversicherung sowie Privat-/Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben. **Wir empfehlen** zudem den Abschluss einer **Annullationskosten- und Rückreiseversicherung.** | | | | | | |
| Annullationskosten | | **Bei Abmeldung: bis 8 Wochen vor Reiseantritt ohne Kostenfolge. Bis 4 Wochen vor Reiseantritt zahlen Sie die Hälfte. Wenn Sie sich weniger als 4 Wochen vor Reiseantritt abmelden, dann zahlen Sie den ganzen Betrag.** | | | | | | |
| Fotos und Filme | | **Ich bin damit einverstanden, dass sorgfältig ausgewählte Ferienfotos von mir von insieme Ausserschwyz für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.**  **ja**  **nein** | | | | | | |
| Datenschutz | | Der Datenschutz wird gemäss dem beiliegenden Dokument “Datenschutz und Einverständniserklärung für Teilnehmende von Angeboten des Insieme Ausserschwyz” angewendet.  **(Bitte auch unterschreiben und mit der Anmeldung einreichen.)** | | | | | | |
| Unterschriften | | **Gast** | | | | | | |
| Name, Vorname | |  | | | | | | |
| Datum | |  | | | | | | |
| Unterschrift | |  | | | | | | |
|  | | **Bezugsperson** | | | | | | |
| Name, Vorname | |  | | | | | | |
| Funktion | |  | | | | | | |
| Kontaktdaten | | E-Mail: | | | | Telefonnummer | | |
| Datum | |  | | | | | | |
| Unterschrift | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |

**Bestätigung der Anmeldung erwünscht per E-Mail an:**

|  |
| --- |
|  |

*Stand: 22. September 2025*

**Datenschutz und Einverständniserklärung für Teilnehmende sämtlichen Angeboten des insieme Ausserschwyz (Freizeit, Ferienwochen und Erlebniswochenenden, individuellen Betreuung, Wochenendentlastung und Bildungsklub)**

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer

Am 1. September 2023 ist in der Schweiz das neue Datenschutzgesetz in Kraft getreten. Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Wir bearbeiten Daten in Übereinstimmung mit dem geltenden Datenschutzrecht. In dieser Datenschutz- und Einverständniserklärung informieren wir Sie darüber, welche Personendaten wir erheben, wozu wir diese bearbeiten und verwenden, ob und zu welchem Zweck wir diese weitergeben und welches Ihre Rechte im Zusammenhang mit Ihren Personendaten sind. Wir bitten Sie, die Datenschutzerklärung durchzulesen und, wenn Sie damit einverstanden sind, die Einverständniserklärung zu unterschreiben und an unsere Geschäftsstelle, insieme Ausserschwyz, Churerstrasse 100, 8808 Pfäffikon SZ oder per Mail an info@insieme-ausserschwyz.ch zu senden.

1. **Wer ist verantwortlich für die Bearbeitung Ihrer Daten?**

Verantwortlich für die Bearbeitung Ihrer Daten ist insieme Ausserschwyz. Datenschutzverantwortliche ist   
Käthy Föllmi (k.foellmi@insieme-ausserschwyz.ch).

1. **Welche Daten bearbeitet insieme Ausserschwyz?**

Insieme Ausserschwyz erhebt von seinen Teilnehmenden folgende Daten:

* Name
* Adresse
* Kontaktdaten (Telefon, Email, etc.)
* Mitgliedschaft bei insieme Ausserschwyz
* Bezug von Sozialleistungen
* Informationen zur Behinderung
* Daten in Bezug auf Gesundheit (z.B. benötigte Medikamente, etc.)

Insieme Ausserschwyz bezieht diese Daten grundsätzlich direkt von Ihnen. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten werden von Mitarbeitenden und Freiwilligen von insieme Ausserschwyz so weit wie nötig benutzt und bearbeitet. Alle Mitarbeitenden und Freiwilligen erhalten vor Arbeitsbeginn Anweisungen in Bezug auf die Einhaltung des Datenschutzes.

Diese Daten speichert insieme Ausserschwyz im IT System.

1. **Fotos in den Angeboten von insieme Ausserschwyz**

Fotos von den Teilnehmenden können für Drucksachen, bei der Mitgliederversammlung und Internetauftritt oder für Zeitungsberichte von insieme Ausserschwyz verwendet werden. Möchten Sie **nicht**, dass Fotos von Ihnen verwendet werden, melden Sie sich bitte bei info@insieme-ausserschwyz.ch

Weiter können private Fotos gemacht werden. Deren Nutzung und Verbreitung liegt ausserhalb der Verantwortung des insieme Ausserschwyz und deren Mitarbeitenden. Die Teilnehmenden verpflichten sich, mit Daten und Fotos aller Teilnehmenden respektvoll umzugehen und deren Privatsphäre zu respektieren (z.B. keine Verbreitung von Fotos und Telefonnummern ohne Einwilligung der betreffenden Person).

1. **Was ist der Zweck der Datenbearbeitung**?

Insieme Ausserschwyz bearbeitet die Sie betreffenden Daten, um die Angebote, Kurse und Dienstleistungen von insieme Ausserschwyz bedürfnisgerecht zu erbringen.

1. **Wie lange bewahrt Insieme Ausserschwyz Ihre Daten auf?**

Personenbezogene Daten, zu denen nicht Name und Anschrift, wohl aber Angaben über den Gesundheitszustand des Teilnehmers gehören, werden ein Jahr nach Beendigung des Vertragsverhältnisses gelöscht, sofern nicht eine längere gesetzliche Aufbewahrungspflicht oder ein überwiegendes berechtigtes Interesse an einer längeren Aufbewahrung besteht.

1. **Gibt insieme Ausserschwyz Ihre Daten an Dritte weiter?**

Insieme Ausserschwyz gibt Ihre Daten weiter an:

* Hotels, Restaurants, Transportbetriebe, Reisebüros etc. (Schweiz und Ausland)
* insieme Schweiz / Vereinigung Cerebral Schweiz
* Behörden inklusive Bundesamts für Sozialversicherung (BSV), wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet oder berechtigt sind oder wenn es zur Wahrung unserer Interessen notwendig erscheint
* Externe Dienstleister (z.B. IT-Dienstleister, Rechtsberater, Buchhalter etc.)

1. **Was haben Sie für Rechte?**

a) Auskunftsrecht

Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob insieme Ausserschwyz Sie betreffende Daten bearbeitet. Falls dem so ist, haben Sie grundsätzlich das Recht auf weitere Informationen welche Daten dies sind, was Bearbeitungszweck ist, woher die Daten stammen etc.

b) Recht auf Datenherausgabe/Datenübertragung

Sie können die Herausgabe Ihrer Daten in elektronischer Form verlangen.

c) Berichtigung

Sie haben das Recht, insieme Ausserschwyz aufzufordern, falsche oder unvollständige Daten zu korrigieren oder zu vervollständigen.

d) Löschungsrecht

Sie haben das Recht, uns aufzufordern, die Sie betreffenden Daten zu löschen. Diesem Begehren entsprechen wir, ausser wir sind zur Aufbewahrung gesetzlich verpflichtet oder wir haben ein überwiegendes berechtigtes Interesse an der Aufbewahrung dieser Daten. Die Löschung Ihrer Personendaten kann aber dazu führen, dass Sie unsere Dienstleistungen nicht mehr benutzen können.

e) Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, der Bearbeitung von Sie betreffenden Daten zu widersprechen. Eine Weiterbearbeitung Ihrer Daten ist dann nur zulässig, wenn diese durch das Gesetz oder durch ein überwiegendes berechtigtes Interesse gerechtfertigt ist.

1. **Wie schützt insieme Ausserschwyz Ihre Daten?**

Insieme Ausserschwyz trifft angemessene technische und organisatorische Sicherheitsmassnahmen, um Ihre Daten bestmöglich zu schützen.

**Einverständniserklärung**

Ich (Name und Adresse)

Name:

Adresse:

PLZ Ort:

habe die vorliegende Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich bin mit der entsprechenden Bearbeitung der mich betreffenden Personendaten einverstanden.

Unterschrift (gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum: