1. **Datenschutzrechtliche Erklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die stationäre (oder ganztägig ambulante) Einrichtung der Suchthilfe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Daten an die nachsorgende Suchtberatungsstelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ im Rahmen der Nachsorgeplanung weitergibt. Neben Daten, die im Nachsorgeplan erhoben werden, kann dies auch erforderliche Unterlagen (wie z.B. eine Berufsanamnese) beinhalten. Zudem bin ich damit einverstanden, dass nachsorgende Suchtberatungsstelle Daten zu statistischen Auswertung an den PARITÄTISCHEN Baden-Württemberg anonymisiert, ohne Angaben des Namens weitergibt. Diese Einwilligung beruht auf meiner freien Entscheidung. Eine Verweigerung hätte für mich keine nachteiligen Folgen; eine Teilnahme an der beschäftigungsorientierten Nachsorge setzt jedoch die Einwilligung voraus. Mein Einverständnis kann jederzeit zurückgezogen werden.

1. **Rahmen, Ziel und Dauer**

Die nachsorgende Suchtberatungsstelle bietet dem Klienten/der Klientin auf freiwilliger Grundlage eine Nachsorgemaßnahme nach Beendigung der Therapiemaßnahme an. Die Nachsorge umfasst persönliche Beratung und Betreuung in zentralen Lebens- und Problembereichen und insbesondere zu der Thematik Beschäftigung. Die diesbezüglichen Ziele der Nachsorge werden gemeinsam erarbeitet und im Nachsorgeplan fixiert. Unmittelbare finanzielle Zuwendungen werden dem Klienten/der Klientin im Rahmen der Nachsorge nicht gewährt. Die Dauer der Nachsorge richtet sich nach dem Nachsorgeplan. Die Nachsorgemaßnahme muss aber innerhalb von 12 Monaten nach Beginn abgeschlossen werden.

1. **Pflichten**

Der Klient/Die Klientin wirkt an der Umsetzung der Nachsorgeplanung aktiv mit.

1. **Rechtsansprüche**

Rechtsansprüche können aus der vorliegenden Nachsorgevereinbarung nicht abgeleitet werden.

Name: ……………………………………………………

Ort, Datum:………………………………………………

Unterschrift Klient/In: ……………………………………

Nachsorgende Einrichtung: ……………………………………………………

Name des(r) zuständigen Mitarbeiters/In: ……………………………………

Ort, Datum:……………………………………………….

Unterschrift Mitarbeiter/In: …………………………………….