

**Forschung fördern
Krankheit bewältigen
selbstbestimmt leben**



**PRO RETINA
Deutschland e.V.**

Selbsthilfvereinigung von Menschen
mit Netzhautdegenerationen

PRO RETINA Deutschland e. V.
Geschäftsstelle
Kaiserstraße 1c
53113 Bonn

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied der PRO RETINA Deutschland e. V. werden:

Name Vorname

Geb.-Datum (optional)

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Telefon (optional)

E-Mail (optional)

Ich erkläre meinen Beitritt zur PRO RETINA Deutschland e. V. als

- Vollmitglied, selbst Betroffene/ Betroffener**
Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 85,- (ab 2024: € 95,-)
- Vollmitglied, Elternteil eines betroffenen Kindes**
Geb.-Datum und Name des Kindes:
Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 85,- (ab 2024: € 95,-)
- Vollmitglied, Angehörige betroffener Mitglieder im gleichen Haushalt**
(keine Zusendung der „Retina aktuell“)
Diese Option ist nur möglich, wenn der betroffene Familienangehörige selbst Vollmitglied ist. Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 40,- (ab 2024: € 50,-)
- Förderndes Mitglied**
Fördernde Mitglieder haben kein aktives Wahlrecht, sie haben keine „Diagnose“ und erhalten demnach auch keine diagnosespezifischen Informationen, sie können sich nicht in den Mailinglisten und/oder im Patientenregister anmelden.
Der Mindestmitgliedsbeitrag im Kalenderjahr beträgt € 50,- (ab 2024: € 70,-)

Angebote zu Ihrer Mitgliedschaft

Ich wünsche die Zusendung der **Zeitschrift „Retina aktuell“** als

Gedrucktes Exemplar DAISY-CD HTML (E-Mail)

Ich wünsche die regelmäßige Zusendung eines **Mitgliedsausweises**

Ich möchte gerne **ehrenamtlich** tätig werden

Ich wünsche Kontaktaufnahme durch die für mich zuständige **Regionalgruppe**

Ich habe eine **Wunsch-Regionalgruppe:** _____

Ich bin auf PRO RETINA aufmerksam geworden durch, ggf. Mehrfachnennung,

Ärzte/Klinik Optiker Persönliche Empfehlung

Andere Beratungsstellen Infostand Medien, TV, Zeitung, etc.

Internet/Social Media PRO RETINA-Veranstaltung

Sonstiges _____

Ihre Diagnose

Um die diagnosespezifische Arbeit weiter auszubauen und Sie passgenau zu informieren, bitten wir Sie um Angabe Ihrer Diagnose. Die nachfolgenden Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Die genaue Bezeichnung meiner Netzhauterkrankung ist mir nicht bekannt.

Ich möchte dazu keine Angaben machen

Erblich bedingte Makuladystrophien

adulte vitelliforme Makuladystrophie (AVMD)

Morbus Best

Morbus Stargardt

Hypotrichose mit juveniler Makuladystrophie (HJMD)

X-chromosomale Retinoschisis (XLRS)

Zentrale areoläre Aderhautdystrophie (CACD)

Generalisierte Netz-/Aderhautdystrophien

Retinitis pigmentosa

Zapfendystrophie

Zapfen-Stäbchen-Dystrophie (ZSD)

Leber'sche Kongenitale Amaurose (LCA)

Chorioideremie (CHM)

Atrophia gyrata

Syndrome

Bardet-Biedl-Syndrom

Refsum-Syndrom

Usher-Syndrom Typ I

Usher-Syndrom Typ II

Vererbare Sehbahnerkrankungen

autosomal dominante Optikusatrophie (adOA)

LHON

Erworbene Netz-/Aderhauterkrankungen

Altersabhängige Makula-Degeneration (AMD)
 feuchte AMD trockene AMD

Diabetisches Makulaödem (DMÖ)

Diabetische Retinopathie (DR)

MacTel

Pathologische Myopie

zentrale seröse Chorioretinopathie (ZSCR)

Keine der aufgeführten Netzhauterkrankungen trifft zu, meine Diagnose lautet:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die **PRO RETINA Deutschland e. V.**, meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Name der Bank:

BIC:

IBAN:

eventuell abweichender Kontoinhaber:

zusätzliche Unterschrift des Berechtigten:

Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Verarbeitung und Speicherung der personenbezogenen und diagnosespezifischen Daten

- Ich willige ein, dass die mich/uns betreffenden personenbezogenen Daten sowie optional gemachte Angaben zur Diagnose im Hinblick und zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke der Selbsthilfeaktivitäten der PRO RETINA Deutschland e. V. für die Dauer meiner Mitgliedschaft elektronisch gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Information, die Verwaltung der Mitglieder, die Anmeldung zu Veranstaltungen und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.
- Ich willige ein, dass meine Daten an die für mich zuständige Landesgruppe der PRO RETINA Deutschland e. V. und die Regionalgruppe weitergegeben werden, um auch regional gut beraten und informiert zu werden.
- Das Informationsblatt (Seite 4), welches Auskünfte zu meinen Betroffenenrechten gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung liefert, habe ich zur Kenntnis genommen.

Hinweis: Es besteht das Recht zum jederzeitigen Widerruf Ihrer Einwilligung. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung bleibt bis zum Widerruf oder für die Dauer Ihrer Mitgliedschaft unberührt.

Datum

Unterschrift

Informationsblatt – Betroffenenrechte EU-Datenschutz- Grundverordnung



**PRO RETINA
Deutschland e.V.**

Selbsthilfevereinigung von Menschen
mit Netzhautdegenerationen

Verantwortliche: Vorstand der PRO RETINA Deutschland e. V.,
vorstand@pro-retina.de

Vertretung: Geschäftsführung der PRO RETINA Deutschland e. V.,
geschaeftsfuehrung@pro-retina.de

Datenschutzbeauftragter: datenschutz@pro-retina.de

Ihre personenbezogenen Daten werden zur Etablierung des Mitgliedschaftsverhältnisses, zur Information, der Verwaltung der Mitglieder sowie im Fall Ihrer Diagnosedaten zum Ausbau und der Verbesserung diagnosespezifischer Arbeit, Information und Beratung, erhoben und verarbeitet. Bei unvollständigen, nicht vorhandenen oder unwahrheitsgemäßen Mindestangaben auf der Beitrittserklärung (Seite 1), kann eine Mitgliedschaft nicht gewährt werden. Empfänger der personenbezogenen Daten sind die PRO RETINA Deutschland e. V. sowie Personen, die eine Verpflichtungserklärung zum Datenschutz unterzeichnet haben. Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer Ihrer Mitgliedschaft oder bis zum Widerruf Ihrer Einwilligung gespeichert

Im Folgenden sind Rechte aufgelistet die im Rahmen der EU-Datenschutz-Grundverordnung für Sie jederzeit bestehen.

(1) Auskunftsrecht

Es besteht für Sie jederzeit das Recht auf Auskunft gegenüber dem Verantwortlichen hinsichtlich der gespeicherten Daten zu Ihrer Person.

(2) Lösungs- bzw. Berichtigungsanspruch

Es besteht für Sie jederzeit das Recht auf Löschung und / oder Berichtigung der gespeicherten Daten zu Ihrer Person gegenüber dem Verantwortlichen.

(3) Einschränkung / Widerspruch der Verarbeitung oder Weitergabe an Dritte

Es besteht für Sie jederzeit das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung bzw. auf Widerspruch gegen die Verarbeitung oder Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte.

(4) Widerruf einer Einwilligung

Es besteht das Recht zum jederzeitigen Widerruf Ihrer Einwilligung.

(5) Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Es besteht das jederzeitige Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Geschäftsstelle PRO RETINA Deutschland e. V.

Kaiserstr. 1c · 53113 Bonn
Tel. (0228) 227217-0
Fax (0228) 227217-29
info@pro-retina.de

Sparkasse Aachen
IBAN: DE60 3905 0000 0007 0311 31
BIC: AACSD33

www.pro-retina.de

Steuer-Nummer:
205/5783/3312
VReg. Frankfurt am Main,
VReg. Nr.: VR7096