

# Leben mit Autismus e.V. Bonn | Rhein-Sieg | Eifel

**Ansprechpartner**

therapie@lebenmitautismus.de

**Geschäftsstelle**

Euskirchener Weg 39, 53359  
Rheinbach  
Tel. 02226 8940718  
Info@lebenmitautismus.de  
www.lebenmitautismus.de

**Praxis für Autismustherapie Bonn**

Mittelstr. 8-10,  
53175 Bonn  
Tel. 0228-96785496

**Praxis für Autismustherapie  
Bad Neuenahr-Ahrweiler**

Annastr. 4,  
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

**Therapeutische Leitung**

Dora Berger  
Psychologin M. Sc.  
Autismustherapeutin IFA/DGVT

**Vorstand**

Vorsitzender: Peter Schumacher  
stellv. Vorsitzende: Andrea  
Hupperich

**Bankverbindung**

Raiffeisenbank  
Rheinbach Voreifel e.G.  
IBAN DE51 3706 9520 0342 2160 21  
BIC GENODED1RST

Steuernummer: 222/5741/0648

Liebe Interessenten,

wenn Sie Interesse an einem Platz zur Autismustherapie haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Unterlagen vollständig aus.

Bitte fügen Sie eine **Kopie** der **aktuellen Diagnose** bei.

Die ausgefüllten Unterlagen können Sie uns per Post (Mittelstr. 8-10, 53175 Bonn) oder per Mail ([therapie@lebenmitautismus.de](mailto:therapie@lebenmitautismus.de)) zukommen lassen.

Sobald alle erforderlichen Unterlagen bei uns angekommen und bearbeitet sind bekommen Sie eine Bestätigung über die Aufnahme auf die Warteliste.

Laut Vorstandsbeschluss von Januar 2017 ist ab Beginn der Therapie eine Vereinsmitgliedschaft erforderlich.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



## Anmeldung zur Autismustherapie

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Foto**

**hier aufkleben**

**Zurzeit in:** (zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

	<b>Name</b>	<b>Ort/Adresse</b>	<b>Ansprechpartner</b>
<input type="checkbox"/> Kita:			
<input type="checkbox"/> Schule/ Schulform:			
<input type="checkbox"/> Ausbildung:			
<input type="checkbox"/> Studium:			
<input type="checkbox"/> Werkstatt:			
<input type="checkbox"/> Beruf:			
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

**Gibt es bereits eine Integrationsassistenz?**

☐ Ja

☐ Nein

**Ist ein Vormittagstermin möglich?** (kann Wartezeit verkürzen)

☐ Ja

☐ Nein

**Platz für Kommentare und Ergänzungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Angaben zur Familie

	Mutter	Vater	Bei Bedarf gesetzl. Betreuer
Vorname			
Name			
Beruf			
Telefon			
E-Mail			
Adresse (falls abweichend)			

## Diagnose

Liegt bereits eine Diagnose vor? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Verdachtsdiagnose

Diagnose laut Diagnosebericht:

frühkindlicher Autismus F.84.0	<input type="checkbox"/>
Atypischer Autismus F.84	<input type="checkbox"/>
Asperger-Syndrom F.84.5	<input type="checkbox"/>
Autismus-Spektrum-Störung	<input type="checkbox"/>

**Bitte fügen Sie den Diagnosebericht als Kopie bei.**

Weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_

Wo wurde die Diagnose gestellt? \_\_\_\_\_

Datum der Diagnose: \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinder- oder Hausarzt: \_\_\_\_\_

Klinik/ Psychiater: \_\_\_\_\_



## Bisherige Hilfen

Welche Therapien oder Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Therapeut/Institution	
Name	Ort

## Kostenträger Autismustherapie

Besteht bereits Kontakt zu Jugendhilfe/ Sozialhilfe-Trägern? ☐ Ja ☐ Nein

Zuständiger Kostenträger für ASS-Therapie:

- ☐ LVR
- ☐ Sozialamt Bonn
- ☐ Jugendamt Bonn
- ☐ Jugendamt Rhein-Sieg-Kreis
- ☐ Sozialamt Ahrweiler
- ☐ Jugendamt Ahrweiler
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mein Ansprechpartner beim Kostenträger ist:

(wenn bekannt)

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

Liegt bereits eine Bewilligung vor?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, Fälligkeit: \_\_\_\_\_



Besteht Interesse an weiteren Angeboten des Vereins Leben mit Autismus e.V.?

☐ Selbsthilfegruppe Bonn

☐ Selbsthilfegruppe Ahrweiler

Freizeitangebote:

☐ Integratives Sportangebot

☐ Jugendtreff

☐ Bogenschießen

☐ Musik/Orchester

☐ Integrative Samstags- Ferien- und Nachmittagsbetreuung

Hiermit melde ich mich/ mein Kind zur Therapie an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller/Eltern/gesetzlicher Vertreter



## Einverständniserklärung Datenschutz

Alle persönlichen Daten des Klienten unterliegen dem Datenschutz. Sie werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich im Rahmen therapeutischer und abrechnungstechnischer Zwecke verwendet. Die Dokumentation kann sowohl schriftlich als auch bildlich erfolgen. Eine Einsichtnahme durch den Klienten/Betreuer/Eltern ist auf Wunsch möglich.

Hiermit erkläre ich, dieses Dokument gelesen und verstanden zu haben und bin mit der Speicherung der personenbezogenen Daten einverstanden.

---

Name, Vorname des Klienten

---

Ort, Datum

Unterschrift des Berechtigten

**Der Widerruf ist zu richten an:**

Leben mit Autismus e.V. ° Euskirchener Weg 39, 53359 Rheinbach ° [info@lebenmitautismus.de](mailto:info@lebenmitautismus.de)



## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Verein „Leben mit Autismus e.V. Bonn / Rhein-Sieg / Eifel“.

**Kontaktdaten des Mitglieds:** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bei Minderjährigen Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Mitgliedsbeitrag:**

☐ **Einzelmitgliedschaft** Jahresbeitrag 30 € ☐ **Familienmitgliedschaft** Jahresbeitrag 50 €

☐ **Fördermitgliedschaft** in Höhe von \_\_\_\_\_ € ☐ im Monat ☐ im Jahr

☐ **einmalige Spende** in Höhe von \_\_\_\_\_ €

**Beginn der Mitgliedschaft (Datum):** \_\_\_\_\_ oder ☐ mit Therapiebeginn

- ✓ Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der gültigen Fassung an. Die Satzung ist auf der Homepage des Vereins unter [www.lebenmitautismus.de](http://www.lebenmitautismus.de) abrufbar.
- ✓ Die beiliegend abgedruckten Informationspflichten gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen und stimme diesen zu.
- ✓ Als gesetzlicher Vertreter erkläre ich mein Einverständnis für die aus der Mitgliedschaft entstehenden Beitragsverpflichtungen einzustehen.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken (z.B. Informationsmails) durch den Verein genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen der gesetzliche Vertreter)





Aufwandsbedingt können Mitgliedsbeiträge nur per SEPA-Basislastschrift eingezogen. Bitte füllen Sie daher das folgende SEPA-Mandat vollständig aus.

Der fällige Jahresbeitrag wird per SEPA-Basislastschrift jeweils am 10. Januar des Jahres eingezogen.

Ihre Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer und wird Ihnen schriftlich mitgeteilt.

### **SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Verein „Leben mit Autismus e.V. Bonn/Rhein-Sieg/Eifel“ regelmäßig Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „Leben mit Autismus e.V. Bonn/Rhein-Sieg/Eifel“ auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00000813465

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer oder Kontaktnummer







## Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 DSGVO

Nach Artikel 13 und 14 EU-DSGVO hat der Verantwortliche einer betroffenen Person, deren Daten er verarbeitet, die in den Artikeln genannten Informationen bereit zu stellen. Dieser Informationspflicht kommt dieses Merkblatt nach.

### 1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen sowie gegebenenfalls seiner Vertreter:

Leben mit Autismus e.V. Bonn | Rhein-Sieg | Eifel, Euskirchener Weg 39, 53359 Rheinbach, gesetzlich vertreten durch den Vorstand nach § 26 BGB, Herr Peter Schumacher (Vorsitzender) und Frau Andrea Hupperich (stellv. Vorsitzende); E-Mail: [info@lebenmitautismus.de](mailto:info@lebenmitautismus.de)

### 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten/der Datenschutzbeauftragten:

Leben mit Autismus e.V. Bonn/Rhein-Sieg/Eifel, Euskirchener Weg 39, 53359 Rheinbach, Tel. 02226 8940718, [info@lebenmitautismus.de](mailto:info@lebenmitautismus.de)

### 3. Zwecke, für die personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Die personenbezogenen Daten werden für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses verarbeitet: Erhebung, Verarbeitung (Speicherung, Veränderung und Übermittlung), Nutzung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und Zwecke des Vereins zu. Eine anderweitige Datenverwendung ist nicht statthaft.

### 4. Rechtsgrundlagen, auf Grund derer die Verarbeitung erfolgt:

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt in der Regel aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung eines Vertrages gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO. Bei den Vertragsverhältnissen handelt es sich in erster Linie um das Mitgliedschaftsverhältnis im Verein. Werden personenbezogene Daten erhoben, ohne dass die Verarbeitung zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist, erfolgt die Verarbeitung aufgrund einer Einwilligung nach Artikel 6 Abs. 1 lit. a) i.V.m. Artikel 7 DSGVO. Die Veröffentlichung personenbezogener Daten im Internet oder in lokalen, regionalen oder überregionalen Printmedien erfolgt zur Wahrung berechtigter Interessen des Vereins (vgl. Artikel 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO). Das berechnete Interesse des Vereins besteht in der Information der Öffentlichkeit durch Berichtserstattung über die Aktivitäten des Vereins. In diesem Rahmen werden personenbezogene Daten einschließlich von Bildern der Teilnehmer zum Beispiel im Rahmen der Berichtserstattung über Ereignisse des Vereins veröffentlicht.

### 5. Die Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten:

Die Daten der Bankverbindung werden zum Zwecke des Beitrageinzugs an die Raiffeisenbank Rheinbach weitergeleitet.

### 6. Die Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung der Dauer:

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert.

Mit Beendigung der Mitgliedschaft werden die Datenkategorien gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen weitere zehn Jahre vorgehalten und dann gelöscht. In der Zeit zwischen Beendigung der Mitgliedschaft und der Löschung wird die Verarbeitung dieser Daten eingeschränkt. Bestimmte Datenkategorien werden zum Zweck der Vereinschronik im Vereinsarchiv gespeichert. Hierbei handelt es sich um die Kategorien Vorname, Nachname und besondere Ereignisse, an denen die betroffene Person mitgewirkt hat. Der Speicherung liegt ein berechtigtes Interesse des Vereins an der zeitgeschichtlichen Dokumentation von Ereignissen und Erfolgen zugrunde.

Alle Daten der übrigen Kategorien (z.B. Bankdaten, Anschrift, Kontaktdaten) werden mit Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.

### 7. Der betroffenen Person stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO
- das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen zu können, ohne dass die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung hierdurch berührt wird.

### 8. Die Quelle, aus der die personenbezogenen Daten stammen:

Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen des Erwerbs der Mitgliedschaft erhoben.

Ende der Informationspflicht

Stand: Oktober 2025

