
Name, Vorname

Geburtsdatum

Auch Ihre pflegerische Versorgung durch unsere Einrichtung kommt nicht ohne Ihre Daten aus. Wie Sie es bereits kennen, müssen wir auch in Zukunft über Ihre allgemeinen Daten (Name, Geburtsdatum etc.) hinaus insbesondere auch mit denjenigen Daten arbeiten, die Ihre Gesundheit betreffen. Diese Datenverarbeitung ist erforderlich, um unseren vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nachkommen zu können und nach dem Gesetz auch weiterhin erlaubt, soweit sie z.B. für „die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich“ erforderlich ist. Diese Daten können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Umfang auch an Dritte (z.B. behandelnde Ärzte, Therapeuten) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Wir möchten Sie bitten, sich die folgende Einwilligungserklärung genau anzusehen und Ihre Zustimmung zu den dort näher beschriebenen Fällen zu erteilen, indem Sie die jeweilige Einwilligung ankreuzen und die Erklärung unterzeichnen. Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft von Ihnen widerrufen werden.

Mit Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Unterschrift zur Einwilligung

Ort, Datum

Unterschrift Kunde / Bevollmächtigter / Betreuer

Ablage:

- Original Verwaltungsakte
- Original Kunde

Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung

(1) An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig auch z.B. Ärzte, Therapeuten und andere Einrichtungen beteiligt. Da unsere Mitarbeiter hinsichtlich Ihrer Daten grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, benötigen wir für eine ggf. erforderliche Übermittlung Ihrer Daten an diese Stellen Ihre Einwilligung. In diesem Fall werden ausschließlich die für die weitere Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über Ihre Gesundheit weitergegeben.

Ich willige ein, dass die Einrichtung für den Fall

- der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
- Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
- einer Einweisung in ein Krankenhaus
- einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
- der Verordnung von Heilmitteln (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie)
- der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens
- versorgender Pflegedienst

meine personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über meine Gesundheit an den jeweils von mir gewählten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies zur weiteren Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung notwendig ist, und befreie die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht.

(2) Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen haben wir die Dr. Willmar Schwabe Heimstätten Service GmbH beauftragt, welches Ihnen die von Ihnen selbst zu tragenden Eigenanteile in Rechnung stellen und unsere Zahlungsansprüche ggf. durchsetzen soll. Diese Entlastung von Verwaltungsarbeiten hilft uns, uns auf die optimale Versorgung unserer Bewohner zu konzentrieren. Das von uns beauftragte Unternehmen ist vertraglich verpflichtet, Ihre Daten nur zu verarbeiten, soweit dies zum Zweck der Abrechnung erforderlich ist (Name, Anschrift, Versichertennummer, Pflegegrad, abrechnungsrelevante An- bzw. Abwesenheitszeiten, Art, Menge, Zeit und Preis der erbrachten Leistung). Weiter ist das Unternehmen verpflichtet, seinerseits seine Mitarbeiter auf die Beachtung der Schweigepflicht und des Datenschutzes zu verpflichten.

Ich willige ein, dass die für die Abrechnung der erbrachten Leistungen notwendigen personenbezogenen Daten an das beauftragte Abrechnungsunternehmen übermittelt werden und befreie die Mitarbeiter des Heims insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Darüber hinaus willige ich darin ein, dass folgende Dokumente in der Einrichtung aufbewahrt werden:

- der Personalausweis
- die Krankenversichertenkarte
- der Befreiungsausweis für Zuzahlungen von Medikamenten
- der Impfausweis und der Allergiepass
- ggf. der Schwerbehindertenausweis
- sonstige Ausweise: _____

Ich willige ein, dass meine persönliche Post durch die Einrichtung entgegengenommen und auf die Wohnbereiche verteilt wird.

Ich bestätige hiermit, dass ich mit der Erhebung, Nutzung und dem Austausch meiner Daten im oben benannten Rahmen einverstanden bin. Die erteilten Einwilligungen kann ich ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich gegenüber der verantwortlichen Stelle (Dr. Willmar Schwabesche gemeinnützige Heimstättenbetriebsgesellschaft mbH, Seniorenpflegeheim Haus Waldeck, Bergstraße 8/ 10, 08359 Breitenbrunn/ OT Antonshöhe, Telefax: 03774 81994 - 19, E-Mail: verwaltung@sph-haus-waldeck.de) widerrufen.