

Name, Vorname geb.:	
Anschrift	
Telefon*	

*Freiwillige Abgabe. Sie dient der schnelleren Kontaktaufnahme bei erforderlichen Rücksprachen.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie diese Hinweise und das Merkblatt zur Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht bei Inanspruchnahme einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zur Erhebung von personenbezogenen Daten durch die Pflegestützpunkte, gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung in Ruhe durch.

Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis im Rahmen der Pflegeberatung durch ankreuzen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie auch, dass Sie das Merkblatt zur Pflegeberatung erhalten und zur Kenntnis genommen haben.

Einwilligungserklärung

Ich nehme die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch. Soweit es zur Klärung meiner Belange erforderlich ist, dürfen von den folgenden Institutionen und Personen personenbezogene Daten und Informationen eingeholt und verarbeitet werden. Bitte benennen Sie – wenn möglich – Name, Vorname, Funktion, Institution.

Ich stimme zu. Ich stimme nicht zu.

Behandler (Arzt, Therapeut, ...)

Fachpersonen (Pflegeschwestern, Pflegeperson, ...)

Mitarbeiter der zuständigen Kranken – und Pflegeversicherung

Sozialleistungsträger (Sozialamt, Rentenversicherungsträger, ...)

Sonstige Personen / Stellen; ggf. Daten benennen

Hinweis: Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgabe nach § 7a SGB XI i.V.m. § 94 SGB XI zum Zwecke der Pflegeberatung erhoben und verarbeitet. Hierbei handelt es sich um ein freiwilliges Angebot. Ob Sie die Pflegeberatung in Anspruch nehmen oder nicht, steht Ihnen frei. Sie können darüber hinaus jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – die Inanspruchnahme der Pflegeberatung beenden und die Einwilligung widerrufen. Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihren Leistungsanspruch. Eine mündliche oder schriftliche Information an den Pflegestützpunkt ist dazu ausreichend. Damit endet auch die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern.

Entbindung von der Schweigepflicht:

Soweit es zur Klärung meiner Belange erforderlich ist, werden an die unten aufgeführten Institutionen und Personen personenbezogene Daten und Informationen durch den Pflegestützpunkt weitergegeben oder von den genannten Institutionen und Personen an den Pflegestützpunkt übermittelt. Ich entbinde sie soweit von ihrer in § 203 StGB geregelten Schweigepflicht.

Ich stimme zu. Ich stimme nicht zu.

Behandler (Arzt, Therapeut, ...)

Fachpersonen (Pflegefachkräfte, Pflegeperson, ...)

Mitarbeiter der zuständigen Kranken – und Pflegeversicherung

Sozialleistungsträger (Sozialamt, Rentenversicherungsträger, ...)

Sonstige Personen / Stellen; ggf. Daten benennen

Die Pflegeberatung erfolgt bei Bedarf auch gegenüber meinen Angehörigen oder weiteren Personen gemäß § 7a Abs. 2 SGB XI:

Ich stimme zu. Ich stimme nicht zu.

(Name, Vorname – ggf. sonstige erforderliche Kontaktdaten)

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem Pflegestützpunkt gebe ich freiwillig ab. Sie erlischt mit der Beendigung der Pflegeberatung oder durch eine vorab festgelegte Begrenzung. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Zeitpunkt des Widerrufs, auf Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten

Ersatzweise Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/ Bevollmächtigter/ Betreuer*

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/ Bevollmächtigten/ Betreuers*

*Beurkundete Vollmacht liegt vor