

Angaben zum Ratsuchenden:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich stimme zu, dass die/der Mitarbeitende des Pflegestützpunktes Dillingen persönliche Daten von mir erfasst und speichert. Es werden lediglich Daten erfasst und gespeichert, die für den Beratungsprozess notwendig sind. Hierzu gehören beispielsweise meine Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefon). In bestimmten Fällen kann es sein, dass zusätzlich besonders sensible persönliche Daten erfasst werden. Hierzu gehören beispielsweise Informationen bzgl. Pflegebedürftigkeit, gesetzlichen Leistungsansprüchen, gesetzliche Betreuer/innen, Bezug zur pflegebedürftigen Person. Wenn solche Daten gespeichert werden sollen, wird dies mit mir abgesprochen. Die Daten werden nur gespeichert, wenn ich ausdrücklich zustimme.

Mir ist bewusst, dass der Pflegeberatungsprozess unter Umständen nicht abzuschließen ist, wenn ich der Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe von persönlichen Daten nicht zustimme. Die Mitarbeiter/innen im Pflegestützpunkt stehen unter Schweigepflicht. Sie werden auch Stillschweigen bewahren über alle persönlichen Belange und Informationen, die sie im Kontakt mit mir erfahren.

2. Einverständnis zur Weitergabe von personenbezogenen Daten an andere Stellen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Pflegestützpunkt Dillingen meine erhobenen Daten an folgende Stelle/n weitergeben darf:

Bezirk Schwaben, sonstiges _____

Krankenkasse/Pflegekasse

Die Maßnahmen wurden gemeinsam mit mir vereinbart. Die Entscheidung hinsichtlich der zu nutzenden Leistungen oder zur Inanspruchnahme und Auswahl von Leistungsanbietern wurde allein durch mich getroffen. Die Hinweise zur EU-Datenschutzgrundverordnung habe ich erhalten.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber dem Pflegestützpunkt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf wird davon nicht beeinträchtigt.

Datum

Unterschrift Klient (ggf. Betreuer/in o. Bevollmächtigte/r)

Unterschrift Pflegeberater/in