



**Berater\*in:** \_\_\_\_\_

Tel: 06151 / 881 5080  
pflgestuetzpunkt@ladadi.de

## Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- die Pflegekasse
- der Pflegestützpunkt
- sonstige Einrichtung/Behörde (muss benannt werden) \_\_\_\_\_

mein

- Pflegegutachten/das Ergebnis der Begutachtung vom \_\_\_\_\_ dem oben genannten Pflegestützpunkt zum Zweck der Beratung/Pflegeberatung nach § 7a SGB XI übermittelt
- sonstige Daten (Kategorie muss genau aufgeführt werden, z.B. aktuelle Medikamentenliste) \_\_\_\_\_
- zum Zweck (muss genau aufgeführt werden, z.B. Vorbereitung der MDK Begutachtung) an folgende Institution/Behörde (ist genau zu benennen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ weiterleitet.

### Meine Versichertendaten:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

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

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich habe die erforderlichen Informationen über die Vor- und Nachteile der o.g. Informationsweitergabe erhalten, um die Vor- und Nachteile der Einwilligung bewerten zu können.

Ich bin über den Zweck der Datenverwendung informiert worden, über die Art der betroffenen Daten, eine mögliche Weitergabe an Dritte und ggf. technische Details (Löschfrist).

Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht und ein Recht auf Datenübertragbarkeit habe.

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Pflegestützpunkt nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an den Datenschutzbeauftragten der Pflegestützpunkte zu wenden.

Verantwortlich ist:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Postfach 3163

65021 Wiesbaden

Tel: +49 611 1408 - 0

Die Erteilung meiner Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

**Name und Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten/Erziehungsberechtigten\*<sup>1</sup>**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/ gesetzlichen Vertreters/Erziehungsberechtigten

Die Einwilligung wurde von o.a. Betreuer/Bevollmächtigtem ausgefüllt und unterschrieben.

ja

nein

\*<sup>1</sup> Hat die einwilligende Person das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, wird die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten eingeholt.