

Einwilligung in Datenverarbeitung und Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich: _____,

dass ich mit folgenden Datenverarbeitungen (Erhebung, Speicherung, Übermittlung) einverstanden bin und insoweit die Einrichtung und ihre Mitarbeiter jeweils auch von ihrer Schweigepflicht entbinde:

1. Austausch von Pflege- und Betreuungsdaten und medizinischen Daten zwischen der Einrichtung und den behandelnden Ärzten und Therapeuten

Ein wechselseitiger Informationsaustausch behandlungs- und pflegerelevanter Daten zwischen den medizinischen Behandlern des Bewohners und der Pflegeeinrichtung ist Voraussetzung für eine gute Versorgungsqualität. Fehlende Informationen können die Versorgungsqualität negativ beeinflussen und sogar zu einer ernsthaften Gefährdung der Gesundheit führen. Gegenstand dieses Informationsaustausches und der damit verbundenen Datenverarbeitung sind vor allem auch Gesundheitsdaten des Bewohners. Gesundheitsdaten sind besonders sensible Daten.

Die Datenverarbeitung ist dabei in folgenden Fällen bereits **kraft Gesetz** zulässig:

- **in Notfallsituationen**
- im Rahmen der von der Pflegeeinrichtung auf Anordnung des behandelnden Arztes zu erbringenden **behandlungspflegerischer Maßnahmen**.

Für diejenigen Fälle, in denen dagegen eine Einwilligung des Bewohners erforderliche Voraussetzung für die Datenverarbeitung ist, wird folgendes erklärt:

Ich bin einverstanden, dass

- Die Einrichtung die erforderlichen Pflege- und Betreuungsdaten zum Zwecke der medizinischen und therapeutischen Versorgung **an die behandelnden Ärzte und Therapeuten** übermittelt und
- Die behandelnden Ärzte und Therapeuten die für die Pflege und Betreuung erforderlichen Daten **an die Einrichtung übermitteln** und entbinde insoweit auch die vorgenannten Personen von ihrer Schweigepflicht.

ja nein

ja, aber nur für folgende Ärzte/Therapeuten:

2. Organisation von Besuchsdiensten und Dienstleistungen Dritter, über die der Bewohner einen eigenen Vertrag abschließt sowie Unterstützung bei Abrechnungen

Viele Bewohner möchten während ihres Aufenthaltes neben den Leistungen der Einrichtung auch Besuchsdienste und Dienstleistungen von Dritten in Anspruch nehmen. Die Einrichtung unterstützt dies durch die Organisation von Besuchsterminen, und durch die Unterstützung der Dienstleister bei ihrer Abrechnung. Hierfür werden die jeweils erforderlichen Daten (insbesondere Name, Geburtsdatum, Zimmernummer, Konfession, gewünschte Leistung, Angehörigenadressen und ggf. auch Rechnungs- und Kontodaten) verarbeitet. Dies setzt eine Einwilligung voraus.

Wird die Einwilligung nicht erteilt, muss der Bewohner sich selbst um die Organisation entsprechender Dienstleistungen und Besuchsdienste kümmern.

Ich bin einverstanden mit der Übermittlung der erforderlichen Daten zur Kontakt-herstellung und Leistungsorganisation sowie zur Unterstützung der Abrechnung der von mir gewünschten Leistungen für nachfolgende Dienste:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Besuchsdienste | <input type="checkbox"/> Seelsorger |
| <input type="checkbox"/> Friseur | <input type="checkbox"/> Fußpflege |
| <input type="checkbox"/> Apotheke | <input type="checkbox"/> Getränkelieferant |
| <input type="checkbox"/> Sanitätshaus | <input type="checkbox"/> Ergo- /Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Wäschepatchen | <input type="checkbox"/> _____ |

3. Auskunft zu meinem Gesundheitszustand, meinem Wohlergehen und meinen Bedürfnissen auch an nicht bevollmächtigte Personen

Aufgrund des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht dürften Auskünfte zum Gesundheitszustand, zum Wohlergehen und zu den Bedürfnissen an Angehörige und sonstige Bezugspersonen, die über keine entsprechende Vollmacht verfügen, nur mit Einverständnis des Bewohners erteilt werden. Hierbei sind vor allem Gesundheitsdaten des Bewohners betroffen, also besonders sensible Daten.

Folgenden Personen, die nicht bereits anderweitig mit einer entsprechenden Vollmacht ausgestattet sind, darf Auskunft zu meinem Gesundheitszustand, zu meinem Wohlergehen und zu meinen Bedürfnissen erteilt werden:

4. Angabe von Name und Zimmernummer an der Infotafel der Einrichtung

An der Infotafel (am großen Aufzug) ein für jedermann sichtbarer Aushang zu Einzug und Todesfall, auf dem sowohl Vor- und Nachname und Zimmernummer stehen, sowie der Tag des Einzugs und der Sterbetag.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Zimmernummer am Aushang angebracht werden.

ja

nein

5. Einwilligung für die Verwendung und Veröffentlichung von Bewohnerfotos

Ich bin damit einverstanden, dass während Veranstaltungen im Bürgerspital von mir gefertigte Fotos - durch die Heimleitung – gespeichert sowie für Informationszwecke (Pressearbeit, hauseigene Broschüren, Dekoration im Spital etc.) verwendet und veröffentlicht werden können.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine gespeicherten Fotos erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

ja

nein

Meine Einwilligung ist jeweils freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, einzelne oder alle erteilten Einwilligungen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. In diesem Fall finden keine weiteren Datenübermittlungen statt. Die Widerrufserklärung ist an die Pflegeeinrichtung zu richten. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem die Einrichtung Kenntnis von der Widerrufserklärung erhält. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Zeitpunkt des Widerrufs rechtmäßig.

Donauwörth,

.....

(Unterschrift des Bewohners oder des bevollmächtigten Vertreters oder Betreuers)