

Name, Vorname.....

Geboren am:.....

Adresse:..... Krankenkasse:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

Ansprechpartner:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

## **Einwilligungserklärung und Einverständniserklärung Datenschutz**

### **I Datenerfassung**

Ich stimme zu, dass die/der Mitarbeitende des Pflegestützpunktes des Landkreises Bad Kissingen die von mir im Rahmen dieser Beratung und künftig mitgeteilten, für die Beratung erforderlichen Daten erhebt und speichert. Diese Daten werden ausschließlich vom Pflegestützpunkt verwendet. Die Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes stehen unter Schweigepflicht und unterliegen den geltenden Datenschutzgesetzen.

Ich stimme als Ratsuchende/r zu.  Ich stimme als Ratsuchende/r nicht zu.

Als Angehörige\*/ Betreuer\*/in/ Bevollmächtigte\*r bestätige ich hiermit, dass die angehörige/betreute/vollmachtgebende Person über die Kontaktaufnahme zum Pflegestützpunkt Bad Kissingen informiert und mit der Weitergabe der persönlichen Daten einverstanden ist.

Ich stimme als Angehörige\*/ Betreuer\*/in/ Bevollmächtigte\*r zu und belege dies mit einer Vollmacht oder entsprechendem richterlichen Beschluss.

### **II Erlaubnis zur Datenweitergabe**

Die/der Mitarbeitende des Pflegestützpunktes Bad Kissingen nimmt durch die Pflegeberatung eine aktive Rolle ein und unterstützt Sie, damit eine pflegerische Versorgung/ Maßnahme möglichst reibungslos funktionieren kann. Hierfür kann es notwendig sein, die erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dies kann im Rahmen der Unterstützung beispielsweise bei der Beantragung (weiterer) Sozialleistungen der Fall sein oder Absprachen mit Leistungserbringern betreffen, um eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Bei der Übermittlung der Daten wird darauf geachtet, nur die tatsächlich für den Zweck erforderlichen Daten zu übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Pflegestützpunkt Bad Kissingen erhobenen Daten zur Weitervermittlung von Hilfen weitergegeben werden dürfen.

Bitte kreuzen Sie an, an welche Stellen wir Ihre Daten weitergeben dürfen:

**Alle Stellen** od.

**Intern**     Beratungsstelle     Sozialhilfe     Wohnberatung  
 Wohnungsbauförderung

**Extern:**     Bezirk Unterfranken     ZBFS  
 Betreuungsanbieter     Therapeuten     Apotheken  
 Pflegeeinrichtungen     Pflegeanbieter     Kliniken  
 Hauswirtschaftsdienste     Kranken- und Pflegekassen  
 Behandelnde Haus- und Fachärzte     Reg. von Unterfranken (LABO)  
 Hilfsmittelanbieter     Handwerker  
 Sonstige:

### III Erlaubnis zur Datenweitergabe

Der/die Ratsuchende\*r hat Kenntnis aller in Frage kommenden Leistungsanbieter vor Ort erhalten. Weiterführende Maßnahmen wurden gemeinsam mit ihm/ihr vereinbart. Die Entscheidung hinsichtlich zu nutzender Leistungen oder zur Inanspruchnahme und Auswahl von Leistungsanbietern wird frei und allein durch den/die Ratsuchende\*n/ Betreuer\*in getroffen!

Diese Erklärung beruht auf meiner freien Entscheidung und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Den Datenschutzhinweis des Landkreises Bad Kissingen habe ich erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

---