Datenübermittlung

Einwilligungserklärung

Bewohner/-in (Vorname, Name)	
Geburtsdatum:	

1. Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit den Senioreneinrichtungen des Landkreises Würzburg abgeschlossenen Vertrags Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Pflege und die Verwaltung meines Heimvertrages notwendigen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Kostenträger, behandelnde Ärzte, Therapeuten, Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäuser und Kranken- bzw. Pflegekassen, Seelsorger, Apotheke, Dienstleister) übermittelt werden können.

Es handelt es sich hierbei um folgende Daten:

- **Personalien** (z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum und -ort, Telefonnummer, Familienstand, Konfession, Anschrift vor Heimeinzug, Familienstand, Staatsangehörigkeit, etc.)
- **Weitere persönliche Angaben** (z. B. Kranken-/Pflegekasse, Versichertennummer/-status, Pflegegrad, Bezugspersonen (insbesondere Betreuungen), Arzt, Befreiungen etc.)
- **Einzugsangaben** (z. B. Tag und Uhrzeit der Aufnahme in die Einrichtung etc.)
- **Pflegeinformationen** (z. B. Pflegebedürftigkeit, Pflegeaufwand etc.)
- **Abwesenheitszeiten und -gründe** (z. B. Tag und Uhrzeit der Verlegung ins Krankenhaus etc.)
- **Auszugsdaten/Sterbetag** (Tag und Uhrzeit des Auszuges, Sterbetag etc.)
- **Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung** werden der Pflegeeinrichtung zur Kenntnis gegeben

2. Datenübermittlung von Angaben bezüglich des Aufenthaltsortes

Ich bin damit einverstanden, dass Daten, die den Wohn-/Aufenthaltsort betreffen, an Dritte (z. B. Besucher, ehemaliger Nachbar, Seelsorger) weitergegeben und in der Einrichtung (z.B. Türschild am Bewohnerzimmer) angebracht werden dürfen.

☐ Ja ☐ Nein

3. Datenübermittlung von Angaben bezüglich meines Gesundheitszustandes

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten, die meinen Gesundheitszustand betreffen, an Dritte weitergegeben werden dürfen, sofern diese eine vereinbarte Kennung/Code nennen.

☐ Ja ☐ Nein

4. Datenübermittlung an den behandelnden Arzt

(Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten an den behandelnden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt werden. Die Übermittlung der Daten dient u. a. der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Außerdem willige ich ein, dass der behandelnde Arzt/Therapeuten die für die Pflege erforderlichen Informationen den Mitarbeitern der Einrichtung zur Verfügung stellt.

5. Datenübermittlung für privat versicherte bzw. privat zusatzversicherte Bewohner

Ich bin damit einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zweck der Abrechnung übermittelt werden.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten:

- **Personalien** (z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift etc.)
- **Einzugsangaben** (z. B. Tag der Aufnahme in die Einrichtung etc.)
- **Abwesenheitstage (**z. B. Krankenhausaufenthalt, Urlaub oder Kur etc.)
- **Auszugsdaten/Sterbetag** (Tag und Uhrzeit des Auszugs, Sterbetag etc.)
- **Angaben zu Unfällen/Krankheiten**

6. Datenübermittlung bei besonderen Jubiläen

Ich bin damit einverstanden, dass die Information über besondere Jubiläen (Geburtstage ab 100 Jahre und Hochzeitsjubiläen ab 50 Jahre) an den Landrat, Bürgermeister weitergegeben werden und nach Abstimmung eine Gratulation stattfindet.

☐ Ja ☐ Nein

7. Informationen zur Einwilligungserklärung

Diese Einwilligungserklärung trägt dazu bei, dass eine optimale Pflege und Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann. Selbstverständlich werden wir Ihre Daten vertraulich behandeln und sie ausschließlich aus den o. g. Gründen an Dritte weitergeben. Sie haben jederzeit das Recht, diese Einwilligungserklärung schriftlich zu widerrufen.

Würzburg, den .....

.....	.....
(Bewohner/-in)	(Betreuer/Bevollmächtigter)