

Name: _____ Vorname _____ Geb.datum: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung

1. An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig auch z.B. Ärzte, Therapeuten und andere Einrichtungen beteiligt. Da unsere Mitarbeiter hinsichtlich Ihrer Daten grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, benötigen wir für eine ggf. erforderliche Übermittlung Ihrer Daten an diese Stellen Ihre Einwilligung. In diesem Fall werden ausschließlich die für die weitere Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über Ihre Gesundheit weitergegeben.

Ich willige ein (nicht zutreffend bitte streichen!), dass der Pflegedienst für den Fall

- der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
- Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
- einer Einweisung in ein Krankenhaus
- einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
- der Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie)
- der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens (z.B. vollstationäre Einrichtung)
- des Richtens von Medikamenten in eine Tages-oder Wochenbox, des Verabreichen von Medikamenten , der Bezug von Verbandmaterial oder Hilfsmittel, und der damit verbundenen Organisation (z.B. Apotheke, Sanitätshaus)

meine personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über meine Gesundheit an den jeweils oben aufgelisteten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies zur weiteren Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung notwendig ist, und befreie die Mitarbeiter des Pflegedienstes insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Weiterhin wird dem Pflegedienst gestattet, für mich Verordnungen der häuslichen Krankenpflege, Rezepte, Transportscheine, Medikamentenpläne und andere für die Pflege relevante Dokumente aus der Hausarztpraxis zu holen oder diese an die Praxis zu faxen. Gleichzeitig dürfen die oben genannten Informationen auch an den Pflegedienst gefaxt oder per Post gesendet werden.

Datum: _____

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des gesetzlichen Betreuer(in)s

Erstellt: Ambulante Pflege Janz GmbH	Geprüft: Westphal (QMB) Datum/Unterschrift:	Freigegeben: Janz (GL) Datum/Unterschrift:
Ersterstellung im Mai 2018		Dateiname: MD0038b Einwilligung Datenschutz.doc