

Einwilligung Gesundheitsdaten

NICHT ALLEIN · Consulting by Krause

Wenn wir dich bei der Pflege eines Angehörigen begleiten, sprechen wir über Gesundheits- und Pflegedaten der pflegebedürftigen Person. Diese Daten sind besonders geschützt (Art. 9 DSGVO). Wir dürfen sie nur verarbeiten, wenn die betroffene Person selbst eingewilligt hat oder eine vertretungsberechtigte Person für sie handelt. Fülle dieses Formular aus, drucke es aus, unterschreibe es und bewahre es auf oder schicke es an beratung@nichtallein.help.

Es ist nur eine der beiden folgenden Varianten nötig, je nachdem, ob die pflegebedürftige Person selbst unterschreiben kann oder du sie vertrittst.

VARIANTE A

Einwilligung der pflegebedürftigen Person

Ich, die unten genannte pflegebedürftige Person, willige ausdrücklich ein, dass Zeno Krause, handelnd unter „NICHT ALLEIN“, meine Gesundheits- und Pflegedaten (insbesondere Pflegegrad, Diagnosen, Pflegebedarf und Lebensumstände) zum Zweck der Pflege-Begleitung verarbeitet, soweit die von mir benannte Person diese Daten an ihn weitergibt. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) und dass die Verarbeitung im Übrigen der Datenschutzerklärung unter nichtallein.help/datenschutz entspricht.

Name der pflegebedürftigen Person

Name der begleitenden angehörigen Person, die die Daten weitergibt

Ort, Datum · Unterschrift der pflegebedürftigen Person

VARIANTE B

Bestätigung der Vertretungsbefugnis

Falls die pflegebedürftige Person nicht selbst einwilligen kann: Ich, die unten genannte angehörige Person, versichere, dass ich befugt bin, die Gesundheits- und Pflegedaten der pflegebedürftigen Person an „NICHT ALLEIN“ weiterzugeben, weil ich ihre rechtliche Betreuerin / ihr rechtlicher Betreuer mit dem Aufgabenkreis Gesundheits- und/oder Pflegeangelegenheiten bin oder aufgrund einer Vorsorgevollmacht handle, die die Gesundheits- und Datenschutzangelegenheiten umfasst. Den entsprechenden Nachweis (Betreuerausweis / Bestellsurkunde oder Vorsorgevollmacht) lege ich auf Anforderung vor.

Name der vertretungsberechtigten angehörigen Person

Name der pflegebedürftigen Person

Art der Befugnis (Betreuung / Vorsorgevollmacht)

Ort, Datum · Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Hinweis: Diese Einwilligung betrifft ausschließlich den Datenschutz. Sie ist keine Voraussetzung für die kostenlose gesetzliche Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7a SGB XI, die unabhängig von unserem Angebot verfügbar bleibt.