

Name, Vorname

Geboren am



Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

- der Pflegestützpunkt meine Daten in dem in der beigefügten Anlage beschriebenen Rahmen erhebt, -verarbeitet und nutzt, um mich entsprechend der Aufgaben nach § 92c Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB XI)
 1. umfassend sowie unabhängig zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten zu beraten und zu informieren,
 2. die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie
 3. die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote zu übernehmen.
- der Pflegestützpunkt die für den zu ermittelnden Hilfebedarf notwendigen Angaben an die in der Anlage genannten Stellen weitergibt, sofern dies für die Aufgaben nach § 92c Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB XI im Rahmen meiner Unterstützung erforderlich ist.
- der Pflegestützpunkt die für die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch erforderlichen Angaben meiner Pflege- und Krankenkassen mitteilt
- meine Pflege- und Krankenkasse Adresse, Geburtsdatum und KV-Nr. sowie für die Beratung relevante Diagnosen dem Pflegestützpunkt mitteilt.
- der Pflegestützpunkt, sofern erforderlich, meine Befundberichte an meinen behandelnden Arzt weiterleitet
- der Pflegestützpunkt anonymisierte Angaben zu meiner Betreuung an die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. für die vorgesehene wissenschaftliche Evaluation erstellt und weiterleitet.
- die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Einwilligung in die in der Anlage beschriebene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Ja, ich bin auch mit der in der Anlage beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Aufgaben des Pflegestützpunkts und seiner Partner einverstanden. (Hinweis: Sollten Sie damit insgesamt nicht einverstanden sein, kann eine Betreuung nicht erfolgen. Bitte kennzeichnen Sie auf der Rückseite an welche Partner Ihre Daten weiter gegeben werden können. Diese Einwilligungserklärung können Sie später jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung einschließlich Anlage habe ich erhalten.

Datum/ Unterschrift bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Die MitarbeiterInnen des Pflegestützpunktes arbeiten, soweit dies für Ihre Unterstützung erforderlich ist, mit folgenden Partnern zusammen (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Gemeinde-, Stadt- und Landkreisverwaltung (darunter fallen auch Allgemeiner Sozialer Dienst, Betreuungsbehörde, Gesundheitsamt, Versorgungsamt, Jugend-/Sozialamt)
- Ihre Pflege- und Krankenkasse
- Beratungs- und Anlaufstellen für Menschen mit Behinderungen und älteren Menschen
- Sozialdiensten der Krankenhäuser
- Leitungsfachkräften sowie Mitarbeiter/-innen der Pflegedienste und Einrichtungen der Altenhilfe im Landkreis
- Ihre behandelnden Ärzte, Therapeuten
- Betreuungsvereine sowie ehrenamtliche Betreuer und Berufsberater
- Selbsthilfegruppen
- Nachbarschaftshilfe
- Kreissenorenrat sowie Seniorenräte der Städte und Gemeinden
- den ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis
- den Hospizgruppen
- Niederschwellige Betreuungsangebote für Demenzkranke
- Wohnberatungsstellen
- Notare
- _____
- _____