

Entbindung von der Schweigepflicht bei Inanspruchnahme einer
Pflegeberatung bzw. Beratung nach § 7a SGB XI i. V. m.
§ 94 SGB XI

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefon/E-Mail (Freiwillige Abgabe, sie dient der schnelleren Kontaktaufnahme bei erforderlichen Rücksprachen.)

Bitte nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie diese Hinweise zur Entbindung von der Schweigepflicht bei Inanspruchnahme einer Pflegeberatung bzw. Beratung nach § 7a SGB XI durch die Pflegestützpunkte, gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung in Ruhe durch.

Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis zur Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Pflegeberatung durch Ankreuzen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich nehme die Pflegeberatung, bzw. Beratung nach § 7a SGB XI in Anspruch. Soweit es zur Klärung meiner Belange erforderlich ist, dürfen

- von den folgenden Institutionen und Personen meine personenbezogenen Daten und Informationen eingeholt und verarbeitet werden
- von den folgenden Institutionen und Personen personenbezogene Daten und Informationen weitergegeben oder übermittelt werden.

Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis zur Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Pflegeberatung durch Ankreuzen. Bitte benennen Sie – wenn möglich – Name, Vorname, Funktion, Institution:

☐ Behandler (Arzt, Therapeut, ...):

☐ Fachpersonen (Pflegefachkräfte, Pflegeperson, ...):

☐ Mitarbeiter der zuständigen Kranken – und Pflegeversicherung:

☐ Sozialleistungsträger (Sozialamt, Rentenversicherungsträger, ...):

☐ Sonstige Personen / Stellen; ggf. Daten benennen:

Die Pflegeberatung erfolgt bei Bedarf auch gegenüber meinen Angehörigen oder weiteren Personen gemäß § 7a Abs. 2 SGB XI: (Name, Vorname – ggf. sonstige erforderliche Kontaktdaten)

Die Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem Pflegestützpunkt gebe ich freiwillig ab. Sie erlischt mit der Beendigung der Pflegeberatung oder durch eine vorab festgelegte Begrenzung. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Zeitpunkt des Widerrufs, auf Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung.

Datum

Name, Vorname Klient*in

Unterschrift Klient*in

Datum

Name, Vorname Bevollmächtigte*r/
Rechtl. Betreuer*in/ Gesetzl. Vertreter*in

Unterschrift Bevollmächtigte*r /
Rechtl. Betreuer*in / Gesetzl.
Vertreter*in

Hinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgabe nach § 7a SGB XI i.V.m. § 94 SGB XI zum Zwecke der Pflegeberatung erhoben und verarbeitet. Hierbei handelt es sich um ein freiwilliges Angebot. Ob Sie die Pflegeberatung in Anspruch nehmen oder nicht, steht Ihnen frei. Sie können darüber hinaus jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – die Inanspruchnahme der Pflegeberatung beenden und die Einwilligung widerrufen. Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihren Leistungsanspruch. Eine mündliche oder schriftliche Information an den Pflegestützpunkt ist dazu ausreichend. Damit endet auch die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern.