EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG
ZUR WEITERGABE MEINER PERSONENBEZOGENEN DATEN

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 (bitte das Zutreffende ankreuzen). 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, dass das Heim für den Fall der

☐ ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
☐ Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
☐ Einweisung in ein Krankenhaus
☐ Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
☐ Verordnung von Heilmitteln und Medikamenten (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie, Vertragsapotheke)
☐ Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens oder in die Häuslichkeit

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

2. Zur Verbuchung der erstellten Abrechnungen für erbrachte Leistungen haben wir das Steuerbüro Greve + Bauer, Husum beauftragt. Diese Entlastung von Verwaltungsarbeiten hilft uns, uns auf die optimale Versorgung unserer Bewohner zu konzentrieren. Das von uns beauftragte Steuerbüro ist vertraglich verpflichtet-Ihre Daten nur zu verarbeiten, soweit dies zum Zweck der Abrechnung erforderlich ist (Name, Anschrift, Mandantennummer, Pflegegrad, abrechnungsrelevante An- bzw. Abwesenheitstage, Art, Menge, Zeit und Preis der erbrachten Leistungen). Weiter ist das Unternehmen verpflichtet, seinerseits seine Mitarbeiter auf die Beachtung der Schweigepflicht und des Datenschutzes zu verpflichten.

Im Falle Ihres Einverständnisses bitte ankreuzen:

☐ Ich willige ein, dass die für die Abrechnung der erbrachten Leistungen notwendigen personenbezogenen Daten an das beauftragte Abrechnungsunternehmen übermittelt werden, und befreie die Mitarbeiter des Heims insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Widerrufsrecht: Ich kann die Einwilligungserklärung jederzeit **ganz oder teilweise** mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) entweder durch Zusendung

oder per Post Gemeinnützige Husumer Alten- und Pflegeheim GmbH
Geschäftsleitung
Volquart-Pauls-Str. 8-10
25813 Husum

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name des Bewohners	Mitunterzeichner und Funktion