

## 1. Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

**KlientIn:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Ich stimme zu, dass die/der Mitarbeitende des Pflegestützpunktes in Ebersberg meine persönlichen Daten erfasst und speichert. Dies beinhaltet, z.B. meinen Namen, meine Adresse und meine Telefonnummer. Bei komplexen Fällen kann es notwendig sein, dass zusätzliche persönliche Daten, z.B. sozialversicherungsrechtliche Leistungsansprüche, Informationen hinsichtlich des Grades der Pflegebedürftigkeit oder dem Grad der Behinderung sowie von Bezugspersonen oder Bevollmächtigten erhoben werden müssen.

Diese zusätzliche Datenerhebung und Datenspeicherung wird persönlich mit mir abgestimmt. Eine Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten ist für den Prozess der Pflegeberatung notwendig. Ansonsten kann es im Einzelfall nicht möglich sein, die Beratungssituation sowie die Zielerreichung, z.B. bezüglich der Implementierung externer Hilfen, in geeigneter Weise abzuschließen.

Die/der Mitarbeitende des Pflegestützpunktes in Ebersberg steht unter Schweigepflicht und darf ohne die ausdrückliche Zustimmung des Ratsuchenden oder des Bevollmächtigten keine personenbezogenen Daten oder sonstige vertrauliche Informationen aus dem Beratungsgespräch weitergeben.

## 2. Einverständnis zur Weitergabe von personenbezogenen Daten an andere Stellen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Pflegestützpunkt in Ebersberg meine im Beratungsgespräch erhobenen Daten an folgende Stelle/n weitergeben darf:

- Kranken- oder Pflegekasse                       Bezirk Oberbayern
- Sonstige Institutionen \_\_\_\_\_

Die Maßnahmen wurden gemeinsam mit mir abgestimmt. Die Inanspruchnahme oder Auswahl von Leistungsanbietern ist infolge meiner Entscheidung erfolgt. Die Hinweise der EU-Datenschutzgrundverordnung habe ich erhalten. Die Einwilligung gegenüber dem Pflegestützpunkt kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bis zum Widerruf wird davon nicht berührt.

**Datum** \_\_\_\_\_ **KlientIn** \_\_\_\_\_ **PflegeberaterIn** \_\_\_\_\_