



# Bettina Nürnberger

Pflegesachverständige · Pflegeberaterin

## Datenschutzerklärung / Einwilligung

### zur Erhebung, Nutzung und Verarbeitung von Sozialdaten für die Pflegeberatung und Pflegeschulung von pflegenden Angehörigen, Betroffenen und Ratsuchenden nach § 45 und/oder § 7a SGB XI

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nr:

Die Beratung und Schulung nach § 45 und /oder § 7a SGB XI hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. den Hilfebedarf systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden präventiven, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls an eine veränderte Bedarfslage anzupassen, sowie
5. den Hilfeprozess sowie die geschulten Maßnahmen zu dokumentieren und zu evaluieren.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten/Sozialdaten durch Pflegeberater sowie sonstige mit der Wahrnehmung der Aufgaben befasste Stellen wie zum Beispiel, Ärzte, Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen und mit weiteren Institutionen erforderlich.

In der Regel ist die Angabe folgender Daten notwendig: Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, Familienstand, Bevollmächtigte/r, Betreuer/in, Name der Kranken-/Pflegekasse, Versicherten-Nummer und Anlass der Beratung und Schulung.

Diese Daten werden an andere Leistungsträger oder sonstige Dritte weitergeleitet, soweit diese für die Umsetzung der Maßnahmen zuständig oder maßgeblich daran beteiligt sind.

Ich willige in die Erhebung, Nutzung und Verarbeitung



# Bettina Nürnberger

Pflegesachverständige · Pflegeberaterin

- [ ] meiner personenbezogenen Daten/Sozialdaten
- [ ] der personenbezogenen Daten/Sozialdaten meines Betreuten/Vollmachtgebers

ein, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben dem SGB XI erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Diese Einwilligung beruht auf meiner freien Entscheidung. Ich kann sie jederzeit widerrufen. Ferner habe ich allzeit das Recht zur Einsicht, Auskunft, Benachrichtigung und ggf. Löschung der über mich gespeicherten Daten.

---

Ort

---

Unterschrift des Versicherten

---

Name, Vorname des gesetzlichen Bevollmächtigten

---

Unterschrift des gesetzlichen Betreuers/Bevollm.

---

Anschrift des gesetzlichen Betreuers/Bevollm.

---

Telefon-Nr. des gesetzlichen Betreuers/Bevollm.