

Anlage 3

Datenschutzerklärung

zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten im Pflegestützpunkt

Name, Vorname

des Ratsuchenden

Anschrift

Geburtsjahr

.....

.....

.....

Name, Vorname

des Hilfebedürftigen

Anschrift

Geburtsdatum

.....

.....

.....

Kranken-/Pflegekasse

Versichertennummer

.....

.....

Der Pflegestützpunkt hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Umfassende, unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Information der zuständigen Kostenträger zur Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Beantragung der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch die im Pflegestützpunkt tätigen Personen sowie durch sonstige mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben befasste Stellen erforderlich. Die Zulässigkeit folgt aus § 92 c Abs. 7 SGB XI.

In der Regel sind folgende Daten erforderlich: Name, Anschrift, Telefonnummer, Familienstand, Bevollmächtigte/r, Betreuer/in, Name der Kranken-/Pflegekasse, Versichertennummer, Anlass der Beratung, (z.B. Information im Krankheits- oder Pflegefall). Diese Daten werden an andere Leistungsträger (z.B. Krankenversicherung) oder sonstige Dritte weitergeleitet, soweit diese für die oben genannten Leistungen und Hilfsangebote zuständig sind.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung

☐ meiner Sozialdaten

☐ der Sozialdaten meines Betreuten/Vollmachtgebers

ein, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) erforderlich ist oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen

des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

Diese Einwilligung beruht auf meiner freien Entscheidung. Ich kann sie jederzeit widerrufen. Die ordnungsgemäße Betreuung/Bevollmächtigung wird versichert.

Ort, Datum

Unterschrift