

Pflegestützpunkt Bezirk
Straße, Nr, PLZ Ort
Telefon
E-mail:

Persönliche Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

ggf. bevollmächtigte Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Ich entbinde die in der nachfolgenden Liste benannten Personen, Behörden und/oder Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem o.g. Pflegestützpunkt. Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zweck der Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt gemäß § 7 c Abs. 2 SGB XI.

Nennung des Zwecks:

Angabe Personen, Behörden und/oder Institutionen (Ärzten/innen bitte namentlich angeben)

Ich kann diese Schweigepflichtentbindung jederzeit beschränken oder widerrufen. Übermittlungen, die bis zum Zeitpunkt meines Widerrufs getätigt wurden, bleiben davon unberührt. Meine Widerrufserklärung kann ich an den oben benannten Pflegestützpunkt richten.

Eine Kopie habe ich erhalten.

Ort	Datum	Unterschrift der/des Pflegebedürftigen/ bevollmächtigten Person
-----	-------	---

Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

ggf. bevollmächtigte Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Ich willige in die Übermittlung meiner Sozialdaten bzw. der/des Pflegebedürftigen gem. Art. 5 ff. EU-DSGVO von Dritten, sowie an Dritte (wie in der Liste benannt), im erforderlichen Umfang ein, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben des Pflegestützpunktes gemäß § 7 c Abs. 2 SGB XI oder für den konkreten Zweck erforderlich ist.

Nennung des Zwecks:

Die Übermittlung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft beschränken oder widerrufen. Übermittlungen, die bis zum Zeitpunkt meines Widerrufs getätigt wurden, bleiben davon unberührt. Meine Widerrufserklärung kann ich an den oben benannten Pflegestützpunkt richten.

Die Ablehnung der Einwilligung in die Datenübermittlung kann Auswirkungen auf den Umfang der Beratungs- und Unterstützungsleistung haben (§ 67b Abs. 2 Satz 1 SGB X n.F.).

<i>Von wem kommen die Daten?</i>	<i>An wen gehen die Daten?</i>
<i>z.B. Pflegestützpunkt</i>	<i>z.B. Mobilitätsdienst</i>

Eine Kopie und die Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten.

Ort	Datum	Unterschrift der/des Pflegebedürftigen/ bevollmächtigten Person
-----	-------	---