

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

Vollmacht für die Beratung an Stelle der/des Pflegebedürftigen

Angaben pflegebedürftige Person

Name	Vorname
Anschrift	

Die **Berliner Pflegestützpunkte** bieten Beratung für Pflege- und Hilfsbedürftige jeden Alters. Pflegeberater/innen und Sozialarbeiter/innen informieren und beraten Sie über pflegerische, medizinische und soziale Leistungen sowie Angebote und gesetzliche Rahmenbedingungen. Wir wollen Sie dabei unterstützen, eine möglichst optimale Versorgung zu organisieren. Ihre Wünsche sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegestützpunktes dabei das oberste Gebot.

Ihre Angehörigen oder weitere Personen können zu Fragen rund um die Pflege allgemein beraten werden. Werden Angehörige oder weitere Personen in Ihrem Namen beraten, bedarf es Ihrer schriftlichen Vollmacht. Sie können die Vollmacht jederzeit beim o.g. Pflegestützpunkt beschränken und widerrufen. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich auf die Zukunft und nicht rückwirkend aus.

Hinsichtlich Ihrer Rechte sowie allgemeiner Informationen zum Datenschutz verweisen wir auf unsere „Information zum Datenschutz zur Datenverarbeitung durch die Pflegestützpunkte und zu Ihren Rechten“, die Sie bei uns erhalten oder die Ihnen auf Wunsch zugesandt werden.

Ich willige ein, dass

Angaben bevollmächtigte Person

Name	Vorname	Telefon (freiwillig)
Anschrift		
Name	Vorname	Telefon (freiwillig)
Anschrift		
Name	Vorname	Telefon (freiwillig)
Anschrift		

das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte in meinem Namen in Anspruch nehmen kann/können. Mir ist bewusst, dass dabei meine Sozialdaten gem. Art. 5 ff. EU-DSGVO erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies zur Erfüllung der

Pflegestützpunkt Bezirk

Straße, Nr, PLZ, Ort

Telefon

E-mail:

Aufgaben des Pflegestützpunktes gemäß § 7 c Abs. 2 SGB XI erforderlich ist, und die bevollmächtigte Person ggf. Einblick in meine Sozialdaten erhält.

Diese Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft beschränken oder widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich an den oben benannten Pflegestützpunkt richten.

Eine Kopie habe ich erhalten.

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