

# Betreuungsvertrag



DER PARITÄTISCHE BERLIN VOLKSSOLIDARITÄT

Tages-/Nachtpflegestätte „EL-Jana“

## **Anlage 4: Anwendung Datenschutz**

zum Betreuungsvertrag vom 00.00.0000

Frau / Herr:

### **Punkt 1: Einwilligung nach den Datenschutzbestimmungen**

Ich bin einverstanden, dass die Einrichtung folgende Daten bei mir erhebt, speichert und aktualisiert um eine Besucherdokumentation für mich zu führen:

- Stammdaten (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Konfession, Familienstand, Wohnort)
- Angaben über Angehörige und Betreuer
- Erforderliche Daten für Anträge an Sozialleistungsträger, Ämter und Behörden
- Biografische Daten (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen, Tabus)
- Arztberichte inkl. Diagnosen und Befunde
- Anamnese-Dokumentation
- Pflegeplanung
- Pflegeprobleme
- Ressourcen
- Pflegeziele
- Pflegemaßnahmen (Grundpflege, hauswirtschaftliche Betreuung, ärztlich verordnete Behandlungspflege, ärztlich verordnete Medikamente, psychosoziale Betreuung)
- Pflegedokumentation (schriftlich/fotografisch)
- Leistungsnachweise der Pflege sowie der Betreuung gemäß § 45b SGB XI
- Besucherberichte
- Leistungsnachweise medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Betreuung
- Einfuhr-/Ausfuhr-Bilanz bei Bedarf
- Mobilisations- und Lagerungs-Pläne/Protokolle bei Bedarf
- Dokumentation zu allen erforderlichen Prophylaxen, z.B. Dekubitus, Sturz, Wunddokumentation (Nortonskala/Wunddokumentation)
- Dokumentation freiheitsentziehender Maßnahmen inkl. Genehmigung
- Evaluation des Pflegeprozesses inkl. Auswertung/Darstellung

### **Punkt 2: Einwilligung zur Datenweitergabe**

Ich bin einverstanden, dass

- die behandelnden Ärzte Einblick in die Pflegedokumentation und deren Grundlagen zum Zweck der gesundheitlichen Versorgung erhalten;

- der Medizinische Dienst der Krankenkassen Einsicht in die Pflegedokumentation und deren Aktualisierung zum Zweck der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, des Bedarfs an zusätzlichen Leistungen nach SGB XI und des Bedarfs an Leistungen nach § 43 b SGB XI erhält;
- Therapeuten (Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen und Weitere) Beobachtungsdaten aus dem Pflegebericht und deren Aktualisierung zum Zweck der therapeutischen Behandlung mündlich mitgeteilt werden.

### **Punkt 3: Einwilligung zur Datenweitergabe zu Zwecken der Abrechnung**

Ich bin einverstanden, dass folgende Daten:

- Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Familienstand, Wohnort, Angehörige/Betreuer - ggf. mit Wirkungskreisen, Anwesenheitsdaten, Versicherungsnummer, Pflegegrad, Leistungsanspruch nach § 43 b SGB XI, Aktenzeichen und deren Aktualisierung zum Zweck der Abrechnung an folgende Personen bzw. Institutionen widerruflich weitergegeben werden:
  - Leistungsabrechnungsstelle, wenn Abrechnung nicht einrichtungsintern erfolgt
  - zuständige Pflege- und Krankenkasse
  - Träger der Sozialhilfe.

### **Punkt 4: Einwilligung zur Veröffentlichung fotodokumentarischer Aufzeichnungen**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die öffentliche Bekanntgabe meiner Geburtsdaten sowie fotodokumentarische Aufzeichnungen von meiner Person angefertigt, in der Einrichtung ausgehängt und in Medien veröffentlicht werden dürfen.

---

Zu den Punkten:

- Punkt 1:  Einwilligung nach den Datenschutzbestimmungen\*
- Punkt 2:  Einwilligung zur Datenweitergabe\*
- Punkt 3:  Einwilligung zur Datenweitergabe zu Zwecken der Abrechnung\*
- Punkt 4:  Einwilligung zur Veröffentlichung fotodokumentarischer Aufzeichnungen\*

(\*bitte durch Ankreuzen bestätigen)

erteile ich meine Einwilligung gemäß den getätigten Ausführungen.

Diese Einwilligungen können jederzeit schriftlich widerrufen werden. Ich bin darüber informiert, dass für den Fall des Widerrufs der Einverständniserklärungen unter Umständen Einschränkungen in meiner Versorgung bzw. finanzielle Nachteile (z.B. durch verspätete oder abgelehnte Kostenzusage eines gesetzlichen Leistungsträgers) entstehen können.

Mit Vertragsende werden alle Dokumente und personenbezogenen Daten 10 Jahre fachgerecht archiviert / gespeichert, sowie am Ende der Aufbewahrungsfrist ordnungsgemäß vernichtet / gelöscht.

Berlin, den **00.00.0000**

---

Unterschrift Tages-/Nachtgast bzw. gesetzliche Vertretung