
Name, Adresse

Datenerfassung

Ich stimme zu, dass die/der Mitarbeitende des Pflegestützpunktes Schwabach, die von mir im Rahmen dieser Beratung und künftig mitgeteilt, für die Beratung erforderlichen Daten erhebt und speichert. Diese Daten werden ausschließlich vom Pflegestützpunkt verwendet. Die Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes stehen unter Schweigepflicht und unterliegen den geltenden Datenschutzgesetzen.

- ich stimme als Klient zu ich stimme als Klient nicht zu
- als Angehöriger/Betreuer/Bevollmächtigter bestätige ich hiermit, dass mein Angehöriger/Betreuer/Vollmachtgeber über die Kontaktaufnahme zum Pflegestützpunkt Schwabach informiert und mit der Weitergabe seiner persönlichen Daten einverstanden ist
- ich stimme zu als Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigter und belege dies mit einer Original-Vollmacht oder entsprechendem richterlichen Beschluss

Erlaubnis zur Datenweitergabe

Die/Der Mitarbeitende des Pflegestützpunktes Schwabach nimmt durch die (Pflege-)Beratung eine aktive Rolle ein und unterstützt Sie, damit eine (pflegerische) Versorgung/Maßnahme möglichst reibungslos funktionieren kann. Hierzu kann es notwendig sein, die von uns erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dies kann im Rahmen unserer Unterstützung bei der Beantragung von (weiteren) Sozialleistungen der Fall sein oder Absprachen mit Leistungserbringern betreffen, die Ihrer optimalen Versorgung dienen. Bei der Übermittlung der Daten wird darauf geachtet, nur die tatsächlich für den Zweck erforderlichen Daten zu übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Pflegestützpunkt Schwabach erhobenen Daten zur Weitervermittlung von Hilfen weitergegeben werden dürfen.

Bitte kreuzen Sie an, an welche Stellen wir Ihre Daten weitergeben dürfen:

- ALLE** Stellen od. **Intern:** Betreuungsstelle Sozialhilfe Wohnberatung
 Wohnungsbauförderung (LABO)
- Extern:** Bezirk Mfr ZBFS Betreuungsanbieter Regierung Mfr
 Therapeuten Apotheken Pflegeeinrichtungen Pflegeanbieter
 Hauswirtschaftsdienste Kranken- und Pflegekassen Kliniken
 behandelnde Haus- und Fachärzte Hilfsmittelanbieter Handwerker
 Sonstige: _____

Neutralität der Beratung

Der Klient/Betreuer/Bevollmächtigter hat Kenntnis aller in Frage kommenden Leistungsanbieter vor Ort erhalten. Weiterführende Maßnahmen wurden gemeinsam mit Ihm/Ihr vereinbart. Die Entscheidung hinsichtlich zu nutzender Leistungen oder zur Inanspruchnahme und Auswahl von Leistungsanbietern wird frei und allein durch den Klienten/ Betreuer getroffen!

Diese Erklärung beruht auf meiner freien Entscheidung und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Den Datenschutzhinweis der Stadt Schwabach habe ich erhalten.

Schwabach, den

Ort, Datum

Unterschrift (Klient/Betreuer/Bevollmächtigter)