

## Anlage 5

### zum Vertrag für besondere Wohnformen in der Eingliederungshilfe

vom \_\_\_\_\_

zwischen

Bethesda-St. Martin gGmbH, Mainzer Str., 8, 56154 Boppard  
als Träger der Einrichtung „Haus Bethesda“, Boppard

- nachstehend „Leistungserbringer“ genannt -

und

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

- nachstehend „Bewohnerin/Bewohner“ genannt -

## Einwilligung zur Datenverarbeitung zu Versorgungszwecken

Ich, vorbezeichnete/r Bewohner/in, bin damit einverstanden, dass der o. g. Leistungserbringer folgende meiner personenbezogenen Daten, die auch besondere Kategorien personenbezogener Daten, hier Gesundheitsdaten, umfassen, wie folgt verarbeitet werden:

### 1. Verarbeitung von Biographischen Daten

Die biographischen Daten, insbesondere Lebensgeschichte, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen und Tabus dürfen von der Einrichtung erhoben, erfasst, gespeichert, angepasst oder verändert und verwendet werden zum Zweck der fachgerechten Pflege und Betreuung, insbesondere um meine Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse besser verstehen, die Beziehung zwischen mir und den Pflege- und Betreuungspersonen verbessern und mich ganzheitlich durch das Wissen um meine Lebenserfahrungen versorgen zu können.

### 2. Weitergabe von personenbezogenen Daten an Dritte

- Meine behandelnden Ärzte dürfen Einblick in die Pflege- und Betreuungsdokumentation und andere Arztberichte inkl. Diagnosen und Befunde und deren Aktualisierung sowie in die Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (soweit vorhanden) zum Zweck der ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung erhalten.
- Meinen Therapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen etc. dürfen Beobachtungsdaten aus dem Pflegebericht / der Betreuungsdokumentation und deren Aktualisierung zum Zweck der ganzheitlichen therapeutischen Behandlung mündlich mitgeteilt werden.
- Die Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen, in denen ich behandelt werde oder werden soll dürfen so genannte Überleitungsbögen mit den erforderlichen Informationen, wie Patientenstammdaten, Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger, Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren, Medikationsplan und Verordnungen sowie die Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in Kopie (soweit vorhanden) zum Zweck der nahtlosen gesundheitlichen Versorgung erhalten.
- Der Medizinische Dienst der Krankenkassen darf Einsicht in die Pflege- und Betreuungsdokumentation auch im Hinblick auf die dem Leistungserbringer freiwillig überlassenen Daten und deren Aktualisierung zum Zweck der Begutachtung des Grades der Pflegebedürftigkeit erhalten.

- Der zuständige Sozialhilfe- bzw. Eingliederungshilfeträger darf im Einzelfall notwendige Auszüge aus der Pflege- und Betreuungsdokumentation zum Zweck der Prüfung der Leistungsgewährung erhalten.
- Im Rahmen des landesweit festgelegten Teilhabeplanverfahrens darf dem Träger der Eingliederungshilfe in dem im Verfahren festgelegten Umfang Auskunft, auch in schriftlicher Form, über meine Entwicklung gegenüber der vorangegangenen Planung und über veränderte Hilfebedarfe gegeben werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs können unter Umständen Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile (z.B. verspätete oder abgelehnte Kostenzusage eines Leistungsträgers) entstehen.

Den Widerruf kann formlos an den Vertragspartner übermittelt werden. Meine Widerrufserklärung ist zu richten an die im Kopf angegebene Adresse des Leistungserbringers.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet.

Weitere Informationen zum Datenschutz sind zu finden unter:

<https://datenschutz.ekd.de/>

| Ort, Datum                            | Ort, Datum   | Ort, Datum                         |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|
|                                       |  |                                    |
| Unterschrift<br>Bewohnerin / Bewohner | Unterschrift ggf.<br>vertretungsberechtigte Person | Unterschrift<br>Leistungserbringer |
|                                       |  |                                    |