
Einwilligungserklärung

für Datenspeicherung im Rahmen der Pflegeberatung

Im Rahmen unserer Pflegeberatung müssen wir personenbezogene Daten erfassen, damit wir die Pflegeberatung durchführen und aufrechterhalten können. In diesem Rahmen werden auch Gesundheitsdaten erhoben. Diese Daten sind besonders schutzwürdig. Daher benötigen wir von Ihnen eine ausdrückliche Einwilligung, die auch Gesundheitsdaten miteinschließt.

Pflegeperson

Name und Vorname (bitte in Druckschrift eintragen)

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum für Pflegeberatung im Rahmen seiner Beratungstätigkeit erforderliche Informationen zu meiner Person verarbeiten darf. Hierzu gehören Informationen zu den Gesundheitsverhältnissen und den persönlichen Lebensumständen sowie den daraus resultierenden Pflegeanforderungen. Daraus ergeben sich folgende Datenkategorien, die im Rahmen der Pflegeberatung benötigt werden:

- Adress- und Kommunikationsdaten (Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, Mobilfunknummer, E-Mail-Adresse),
- Personenbezogene Daten, die im Aufnahmebogen und der Beratungsdokumentation erfasst werden. Dabei auch **Gesundheitsdaten**, z. B. pflegeerschwerende Erkrankungen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit einschränken kann, wenn ich z. B. mit der Weitergabe an Dritte im Einzelfall nicht einverstanden bin. Ich kann die Einwilligung auch jederzeit schriftlich widerrufen. In diesem Fall werden meine personenbezogenen Daten, sofern keine gesetzlichen Regelungen entgegenstehen, unverzüglich gelöscht. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich habe den Text gelesen und verstanden, Fragen zu dieser Einwilligung wurden mir verständlich erklärt. Ich erteile hiermit freiwillig meine Einwilligung. **Dies bezieht sich auch auf Gesundheitsdaten.** Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über Inhalte und Zielsetzung der Pflegeberatung umfassend informiert und beraten wurde.

Ort, Datum

Unterschrift der Pflegeperson