

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

In Verbindung mit dem Fernzugriff auf meine Pflegedokumentation

1. Meine aktuell behandelnden Ärzte sind bei der Pflegeeinrichtung hinterlegt.
2. Ich entbinde die Pflegeeinrichtung und seine Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit für meine Betreuung notwendig Angaben gegenüber meiner Krankenkasse, meiner Pflegekasse, dem MDK, meinem behandelnden Arzt und den Ärzten des behandelnden Krankenhauses erforderlich sind.
3. Außerdem entbinde ich meinen behandelnden Arzt und die Ärzte des Krankenhauses gegenüber den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Pflege oder Betreuung erforderliche Informationen handelt.
4. Ferner entbinde ich meine Ärzte, das Pflegeheim und die Apotheke von Ihrer Schweigepflicht, damit diese Informationen über meine Erkrankung und Arzneimittel austauschen können und Polypharmazie vermieden werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Medikationschecks erfassten Daten zu meinen Erkrankungen und Arzneimitteln in der Apotheke gespeichert und genutzt werden. Die Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt.
5. Auch erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine bereits vorhandene digitale Akte als Wissensbasis und Kommunikationsplattform dient. Das heißt, dass entsprechend Punkt 2, 3 und 4 mein behandelnder Arzt und ggf. Ärzte des behandelnden Krankenhauses sowie die Apotheke Zugriff auf die entsprechenden Teile meiner Pflegedokumentation gestattet wird.
6. Des Weiteren stimme ich zu, dass meine behandelnden Ärzte sowie die Apotheke der unter Punkt 4 gestattete Zugriff auch von außerhalb der Pflegeeinrichtung mittels Telekommunikation (Fernzugriff) ermöglicht wird.

Die Einwilligung zu dem auf der Vorderseite erläuterten Text erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Ein Widerruf hat zur Folge, dass der Arzt/Apotheker keinen (Fern-) Zugriff mehr auf meine digitale Akte hat.

Vor- und Nachname BewohnerIn / Patient

Geburtsdatum

Das Einverständnis erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen und bei der Verwaltung abgegeben werden.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einverständniserklärung für die Zeit meines Aufenthalts in der unten genannten Pflegeeinrichtung als erteilt.

(Ort, Datum)

Unterschrift BewohnerIn / PatientIn

Unterschrift BetreuerIn / Vorsorgeberechtigter

Name der Pflegeeinrichtung
Straße + Hausnummer, PLZ + Stadt
- und seine Einrichtungen -

- Stempel der Einrichtung -