

Tit. 3 RdSchr. 19e

Gemeinsames Rundschreiben zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V

Anhangteil

Titel: Gemeinsames Rundschreiben zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 19e

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. 3 RdSchr. 19e – Mustereinwilligungserklärung der pflegebedürftigen Person für die Koordination der Kurzzeitpflege

Anlage zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 08.05.2019 zu den Auswirkungen des PpsG auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Versorgung einer pflegebedürftigen Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung

Erklärung der pflegebedürftigen Person zur Versorgung in einer Kurzzeitpflege während der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname _____

geboren am _____

Postleitzahl/Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Versicherungsnummer _____

Pflegekasse _____

Postleitzahl/Ort _____

Straße, Hausnummer _____

Einwilligung in die Unterstützung bei der Organisation der Kurzzeitpflege und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die Krankenkasse _____ meines pflegenden Angehörigen meine Pflegekasse darüber informiert, dass dieser eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchführt und dass die Krankenkasse gemeinsam mit meiner Pflegekasse für mich eine Kurzzeitpflege während dieser Zeit organisiert.

Ja

Nein

Ich willige ein, dass meine Pflegekasse die Krankenkasse meines Angehörigen darüber informiert, dass die Organisation der Kurzzeitpflege erfolgt ist.

Ja

Nein

Die Krankenkasse _____ darf die der Pflegekasse übermittelten Daten nur zum Zwecke der Koordination der Kurzzeitpflege für die Dauer der Rehabilitation meines pflegenden Angehörigen verarbeiten und nutzen.

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos mündlich, schriftlich oder elektronisch widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass meine Pflegekasse und die Krankenkasse meines Angehörigen die Versorgung für mich in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht organisieren können.

Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person

(des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Koordination der Kurzzeitpflege durch Pflegekasse der pflegebedürftigen Person und die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V . Ihre Mitwirkung ist zur Koordinierung der Kurzzeitpflege erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.