

Anlage 5 des Vertrages über die Durchführung von Pflegekursen im Krankenhaus und nach der Entlassung im Wohnumfeld des Patienten gemäß § 45 Abs. 2 SGB XI

Teilnahmebestätigung
für Gruppenpflegekursmodule des Krankenhauses

Name des Krankenhauses: _____

Pflegetrainer (Vor-/Nachname): _____

Pflegekurstermin: ____ . ____ . ____

Pflegekursmodul (Titel): _____

ggf. weitere Module: _____ / _____

Die **nachfolgend aufgeführten Teilnehmer** bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie am oben genannten Termin an dem (den) oben aufgeführten Gruppenpflegekursmodul(en) teilgenommen haben. Datenschutzhinweise auf der Rückseite bitte beachten.

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

Anlage 5 des Vertrages über die Durchführung von Pflegekursen im Krankenhaus und nach der Entlassung im Wohnumfeld des Patienten gemäß § 45 Abs. 2 SGB XI

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ / _____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ / _____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ / _____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

_____ Vorname / Nachname	_____ Straße / Hausnummer
_____ / _____ PLZ / Ort	_____ Unterschrift

Information zum Datenschutz

Sie haben an einem Pflegekurs für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen von Patienten, die stationär im o. g. Krankenhaus behandelt werden, teilgenommen. Bei den Pflegekursen handelt es sich um eine Leistung der Pflegekasse (§§ 45, 28 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI). Die Teilnahme ist für Sie grundsätzlich kostenlos. Die Pflegekasse hat das Krankenhaus mit der Durchführung des Pflegekurses beauftragt. Die personenbezogenen Daten werden zum Zwecke des Nachweises der Durchführung und der Abrechnung des Pflegekurses gegenüber der Pflegekasse erhoben und verarbeitet. Das den Pflegekurs durchführende Krankenhaus übermittelt eine Kopie dieser Teilnahmebestätigung mit den angegebenen personenbezogenen Daten an die AOK NordWest, Kompetenz Center HKP Pflege und Abrechnung, Kurfürstenstraße 3-7, 32052 Herford. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Absatz 1b) DS-GVO. Diese Teilnahmebestätigung wird im Krankenhaus insbesondere zum Zwecke des Nachweises der Durchführung des Pflegekurses mindestens 4 Jahre, zuzüglich des laufenden Jahres in welchem der Pflegekurs erbracht wurde, aufbewahrt und spätestens nach 10 Jahren gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. **Weitere Informationen über die Verarbeitung von Daten, die zuständigen Aufsichtsbehörde, den Verantwortlichen für die Datenverarbeitung nebst entsprechenden Kontaktdaten erhalten Sie auf der Website des Krankenhauses (Datenschutzhinweise des Krankenhauses) sowie der AOK NORDWEST (unter: <https://www.aok.de/pk/nordwest/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-5/>)**