

Einwilligung zur Beratung und Betreuung durch den Pflegestützpunkt Oberallgäu

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegestützpunkt Oberallgäu meine erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeitet, um mich entsprechend der Aufgaben
- umfassend sowie unabhängig zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten zu beraten und zu informieren,
 - die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Leistungen und
 - die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote zu übernehmen,
 - sowie mich im Rahmen der Pflegeberatung umfassend zu beraten.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegestützpunkt Oberallgäu die für den zu ermittelnden Hilfebedarf notwendigen Daten und Informationen bei den aufgeführten Stellen erhebt, verarbeitet und/oder an diese weiterleitet, sofern dies für die Aufgaben im Rahmen meiner Unterstützung erforderlich ist, insbesondere
- mit meiner Pflege- und Krankenkasse und/oder anderen Trägern der Sozialversicherung für die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
 - mit Leistungserbringern zur Koordination der notwendigen Unterstützung sowie der Leistungen
 - Angaben zu Adresse, Geburtsdatum, Aktenzeichen, Rentenversicherungsnummer, KV-Nr., Angaben zum Leistungsbezug sowie anderer für die Beratung relevanter Informationen, Diagnosen und Befundberichte

Ich willige ein, dass der Pflegestützpunkt Oberallgäu, soweit dies für meine Unterstützung erforderlich ist, mit den folgenden gekennzeichneten Partnern zusammenarbeitet, meine personenbezogenen Daten erhebt, verarbeitet und/oder weitergibt (*bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. nichtzutreffendes streichen*):

- Gemeinde-, Stadt- und Landkreisverwaltung (darunter fallen Allgemeiner Sozialer Dienst, Betreuungsbehörde, Gesundheitsamt, Versorgungsamt, Jugendamt, Sozialamt, Ordnungsamt)
- meine behandelnden Ärzte, Therapeuten, Sanitätshäuser oder Apotheke
- Sozialdienste der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen
- Beschäftigte der ehrenamtlichen, ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Hierzu zählen anerkannte niederschwellige Angebote und Nachbarschaftshilfen, Initiativen des Ehrenamts, Selbsthilfegruppen, ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen und stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospizgruppen oder Hospize
- Beratungs- und Anlaufstellen für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen
- Wohnberatungsstellen
- Weitere Beratungsstellen:
- Betreuungsvereine sowie ehrenamtliche Betreuer
- Seniorenräte und Seniorenvertretungen der Städte und Gemeinden
- weitere:

Die Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligung habe ich erhalten.

.....
Ort, Datum

.....
Klient*in | gesetzliche*r Bevollmächtigte*r | Bevollmächtigte*r | Erziehungsberechtigte*r