



## Einverständniserklärung nach den Datenschutzbestimmungen

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße und Ort	

### Erhebung von Stammdaten

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Einrichtung folgende Stammdaten bei mir erhebt, speichert und aktualisiert, um meine Belange und Wünsche in Bezug auf den Notruf zu erfüllen.

*Name, Geburtsdatum, Wohnort, Krankheiten, Medikamente, Angaben zu Bezugspersonen und Angehörigen, Betreuern, Hausarzt, Pflegedienst und andere häusliche Dienstleister, ggf. Patientenverfügung, Pflegegrad, Versicherungsnummer, Angaben zum Telefonanschluss und Wohnlage.*

Die erhobenen Daten werden für den Zeitraum des Vertragsverhältnisses und darüber hinaus im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert und erforderlichenfalls aktualisiert nach Informationen durch mich oder meine Bezugspersonen bzw. aufgrund von Feedback-Anrufen, die der Caritas HausNotRuf Krefeld durchführt.  
Nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht.

Die von Ihnen angegeben Bezugspersonen werden von uns über die Datenaufnahme, -speicherung, -weitergabe sowie Sprachaufzeichnung, gesondert informiert.

### Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich gebe ausdrückliche meine Einwilligung, dass meine personenbezogenen Daten an Dritte wie den Hintergrunddienst der Caritas (Sicherheitsdienst Esters), Pflegedienste, behandelnde Ärzte und sonstige Dienste im Rahmen der Hilfsmaßnahmen, übermittelt werden.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Daten an unsere Kooperationspartner, die NotRuf-Zentrale des Caritasverbandes Mönchengladbach und die für die „Ausfallsicherheit“ zuständige NotRuf-Zentrale des DRK in Düsseldorf weitergegeben werden.

### Einwilligung zur Datenweitergabe zu Abrechnungszwecken

Ich bin einverstanden, dass folgende Daten:

*Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Angehörige /Betreuer ggfls. mit Wirkungskreisen, Leistungszeitraum, Versicherungsnummer und Versichertenstatus, Pflegegrad, Aktenzeichen und deren Aktualisierung zum Zweck der Abrechnung an zuständige Pflege- und Krankenkasse und ggf. Träger der Sozialhilfe widerruflich weitergegeben werden.*

Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Ich bin darüber informiert worden, dass für den Fall des Widerrufs der Einverständniserklärung unter Umständen Einschränkungen in meiner Versorgung bzw. Nachteile (z.B. verspätete oder abgelehnte Kostenzusage der Kassen) entstehen könnten oder ggf. der Vertrag nicht erfüllt werden kann.

Krefeld,

Ort, Datum:

Unterschrift des Teilnehmers bzw. des gesetzl. Vertreters