



Einwilligung zur Datenübermittlung

Hiermit willige ich, _____, ein, dass die Rotenburger Werke der I.M. gGmbH die
(Name, Vorname)

Ergebnisse der Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten), an folgende Empfänger (**bitte ankreuzen**) weitergeben darf, sofern dies zur Erfüllung vertraglicher Aufgaben erforderlich ist.

Mitarbeitende innerhalb der Einrichtung der Rotenburger Werke der Inneren Mission

Hausarzt/Hausärztin _____

Angehörige _____

Krankenhaus _____

Palliativstützpunkt _____

Hospizverein _____

Hospiz _____

Sonstige _____

Gleichzeitig willige ich ein, dass mich betreffende Daten (einschließlich Gesundheitsdaten) bei den bereits genannten Stellen/Institutionen/Personen von der Beratungsstelle abgefragt werden und für die Zwecke der gesundheitlichen Versorgungsplanung verwendet werden dürfen.



Unabhängig davon willige ich ein, dass die Beratungsstelle (zusätzlich) bei nachstehend genannten Stellen Personen/Institutionen personenbezogene Daten über mich abfragen darf (bitte ankreuzen):

Hospiz _____

Angehörige _____

Hausarzt/Hausärztin s.o.

Sonstige s.o.

Widerruf: Diese freiwillige Einwilligung kann jederzeit mündlich oder in Textform widerrufen werden. Ich bin darüber informiert worden, dass für den Fall des Widerrufs oder der Nicht-Abgabe der Einverständniserklärung unter Umständen Einschränkungen in meiner Versorgung entstehen können, da bestimmte Leistungen nicht (mehr) erbracht werden können.“

Datum _____ Bewohner*in

Datum _____ ggf. rechtliche(r) Betreuer/in