

Person (Name, Anschrift, Rufnummer)

Pflegeüberleitung (Teil 4 / von 5)
Einverständniserklärung*
Kreis Viersen – Pflegekonferenz
Stand: Dezember 2008

Auszufüllen von: Pflegeinstitution/Arzt/Krankenhaus

An:

Krankenhaus amb. Pflegedienst Reha Pflegeheim* Sonstige

Name:

(Unzutreffendes bitte auf Wunsch streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Versorgung / meinen Aufenthalt erforderlichen verwaltungsrelevanten und medizinisch-pflegerischen Daten

von Name der Einrichtung / Adresse / Stempel

erhoben und dokumentiert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten

Stammblatt (1)

Ärztlicher Kurzbrief (2)

Pflegefachlicher Kurzbrief (3)

zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zur Gewährleistung der ganzheitlichen Versorgung

dem behandelnden Arzt

dem Krankenhaus

dem MDK

dem gewählten Pflegedienst

der gewählten Pflegeeinrichtung

dem Sozialhilfeträger

übersandt werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können je nach Adressat des Widerrufs Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile entstehen.

(Datum)

(Unterschrift der/des Versicherten / der/des gesetzlichen Vertreters/in)

* Die Einwilligung ist für die jeweilige Person / Institution getrennt auszufüllen.