

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung/-übermittlung für Bewohnende und Klienten

Zur Erfüllung unserer Aufgaben können folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

Einwilligungspflichtige Datenübermittlungen			
Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Abrechnung Bewohnende / Klienten	Kontaktdaten, Leistungsdaten zur Fakturierung inkl. Pflegestufe, Betreuungsstufe, Mahnungen	Angehörige, Beistand	Leistungsverrechnung (nur im Auftrag des Bewohnenden / Klienten)
Bewohnenden- / Klientendaten	Vorname, Nachname, Geschlecht, Adresse, Telefon, Familienstand, E-Mail, Geburtsdatum, Konfession, AHV-Nr., Krankenkassen-Daten, HiLo- oder EL-Daten, Wohnsitz, Patientenverfügung, Hausarzt	Gesundheitsinstitutionen (Arzt, Spital, Rehakliniken, Spitex, psychiatrische Kliniken, Heime, Physio)	Überweisung, medizinische Behandlung
Bewohnenden- / Klienteninformation	Vorname, Nachname, Angehörige, Zimmernummer	Besuchende der cura unita glarus	Orientierung für Besuchende
Gesundheitsdaten	Medikamente, Pflegeverlauf und Allgemeinzustand	andere Gesundheitsinstitutionen	Überweisung, medizinische Behandlung
Gratulationen, Jubiläen, besondere Anlässe	Gratulationen, Jubiläen, besondere Anlässe	Besuchende der cura unita glarus, Printmedien	Information über Gratulationen, Jubiläen und besondere Anlässe
Organisatorische Daten	Mutationsmeldung, Medikamentbestellungen	Apotheke	Medikamentenbestellung
Persönliche Daten cura unita glarus	Vorname, Nachname, Foto, Funktion, Texte	Besuchende der cura unita glarus	Vorstellung der cura unita glarus / Mitarbeitende, Bewohnende, Klienten
Persönliche Daten Homepage / Soziale Medien	Vorname, Nachname, Foto, Funktion, Texte	Besuchende der Website und Sozialen Medien	Vorstellung der cura unita glarus / Mitarbeitende, Bewohnende, Klienten
Persönliche Daten Printmedien	Vorname, Nachname, Foto, Funktion, Texte	Lesende der Printmedien	Vorstellung der cura unita glarus / Mitarbeitende, Bewohnende, Klienten
Pflegeeinstufung	Kontaktdaten Bewohnende und Klienten / Assessments / Pflegestufe / Ärzte / Pflegediagnosen / ärztlicher Auftrag / Leistungsblatt / interRaj	Apotheken / Medidata / Krankenkassen / Sozial-, Militär- und Unfallversicherung	Bedarfsabklärung BESA für Krankenkasse, Ärztlicher Auftrag, Leistungsplanungsblatt

Alle darüber hinausgehenden personenbezogenen Daten sind von dieser Einwilligung ausgenommen. Ich nehme überdies zur Kenntnis, dass die gegenständliche Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Nicht Zutreffendes bitte Streichen.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung/Übermittlung meiner oben angeführten Daten ein.

Vorname, Name des Zeichnungsberechtigten

Ort, Datum _____ Unterschrift _____