

## **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten, die zur Leistungserbringung erforderlich sind, gespeichert werden oder an Kostenträger sowie an Kooperationspartner des Leistungserbringers zum Zweck der Leistungsabrechnung sowie im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zu Händen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) widerruflich übermittelt werden (z.B. Medikamentenplan, Wunddokumentation).

Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass meine Akte mit dem Nachweis der aktuellen Medikamente, Pflegedokumentation/ Planung, Pflegenachweis und Stammbblatt, (inhaltlich Informationen, die unter das Datenschutzgesetz fallen) in meiner Wohnung belassen werden darf und gegebenenfalls von Dritten eingesehen werden kann.

Gladbeck, den \_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungsnehmers