

Anfrageformular für das St. Jodok-Stift in Landshut + Anl. Datenschutz V 11

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.

Kurzzeitpflege **Verhinderungspflege** für den Zeitraum: _____

Wurde bereits Kurzzeit-/ Verhinderungspflege in Anspruch genommen? Nein Ja, wann: _____

Option im Anschluss vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege **Möglicher Einzugstermin:** _____

Warteliste (passive Anfrage) **HINWEIS:** Wir speichern Ihre Anfrage für 12 Monate ab Eingangsdatum, bitte bestätigen Sie Ihr Interesse einmal jährlich vor Ablauf dieser Frist, da wir Sie sonst von der Warteliste nehmen und Ihre Daten gelöscht werden

Mit meiner Unterschrift stimme ich in der Nutzung und Verarbeitung meiner freiwillig erteilten Angaben im Hinblick auf eine weiterführende Bearbeitung der Heimplatzanfrage zu. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort **Datum,** **Unterschrift**

Anfragedaten für:

Nachname	Vorname	Geburtsname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort	Konfession
Telefon	Mobil	Krankenkasse
Familienstand	Derzeitiger Aufenthalt:	Pflegegrad (bitte Kopie vorlegen)
Haben Sie eine Zuzahlungsbefreiung ? <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Bitte Kopien mitbringen</div>
Schwerbehindertenausweis?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Patientenverfügung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Bestattungsvollmacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Vorsorgevollmacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Rechtliche Betreuung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

1. Vertrauensperson, Vor-und Zuname Verwandschaftsgrad **Anschrift**

--	--	--

Tel./Mobil/ E-Mail

2. Vertrauensperson, Vor-und Zuname

--	--	--

Tel./Mobil/ E-Mail

Ihr Hausarzt, Name, Telefon, Anschrift:

Ich habe sichergestellt, dass der Hausarzt ins Heim kommt: Ja Nein
bei "Nein": Vor Einzug müssen Sie einen (neuen) Hausarzt gefunden haben, der Heimbefuche macht!

Zahnarzt, Name	Adresse	Telefon
-----------------------	---------	---------

(intern zu bearbeiten) Einzugstermin:

Wohnbereich:

Zi.-Nr.:

Neuer Bewohner Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Ausgefüllt am: _____

Welche Hauptdiagnosen bestehen?

Fragen zur Mobilität und möglicher Sturzgefahr

Gab es in der Vergangenheit Stürze?	ja, zuletzt:	nein	
Kann der Interessent stehen, gehen?	ja	nein	
Der Gebrauch von Mobilitätshilfen wie Rollator, Rollstuhl erfolgt...?	<input type="radio"/> Selbständig <input type="radio"/> teilweise mit Unterstützung	<input type="radio"/> unter Beaufsichtigung <input type="radio"/> volle Übernahme	
Kann der Interessent Treppen steigen?	ja	nein	
Wird Hilfe beim Drehen im Bett benötigt?	ja	wenig	nein
Bestehen Schlafstörungen?	ja	gelegentlich	nein
Besteht eine körperliche Behinderung?	Ja, welche	Nein	

Größe und Gewicht des Interessenten (ungefähr):

Gab es in den **letzten 4 Wochen Verhaltensveränderungen?** nein Falls Ja, welcher Art:

Bestehen örtliche Orientierungsschwierigkeiten?	ja	oft	nein
Bestehen zeitliche Orientierungsschwierigkeiten?	ja	oft	nein
Bestehen persönl. Orientierungsschwierigkeiten?	ja	oft	nein
Wie ist das überwiegende Verhalten ?	antriebsarm, depressiv	willensstark	kooperativ zurückhaltend
Reaktion auf Nichtverstandenes?	nachfragend	abwartend	
Wie wird heute der Alltag gern verbracht?	in Gesellschaft	zurückgezogen	sucht Kontakt selbst

Besteht eine Weglauftendenz? nein Falls Ja, bevorzugte Orte:

Gibt es Verständigungsprobleme z.B. beim Hören, Sehen, Dialekt ...?	nein	ja, beim: mögl. Hilfsmittel sind:
Falls Sprachstörung vorhanden -wie ist eine Verständigung am besten möglich?		

Wird Hilfe benötigt ... ?

bei der Körperpflege, An-Auskleiden	immer	gelegentlich	keine
beim Aufsuchen der Toilette	immer	gelegentlich	keine
bei der Versorgung mit Inkontinenzmaterial <input type="radio"/> Einlagen <input type="radio"/> Katheter / Puffi <input type="radio"/> Stoma	immer	gelegentlich	keine
beim Essen, Trinken	immer	gelegentlich	keine
Bestehen Schluckbeschwerden?	nein	ja	

Muß eine Diät / Kostform eingehalten werden?	<input type="radio"/> Vollkost	<input type="radio"/> Schonkost
Falls künstliche Ernährung nötig: <input type="radio"/> Magensonde (PEG) <input type="radio"/> Port	<input type="radio"/> ausschließlich	<input type="radio"/> teilweise

Falls Nahrungsmittelallergien? **Welche:**

Sonstige Informationen/Ergänzungen/ z.B. Krankenhauswunsch

Datenschutzinformation für Interessent:innen und Bewohner/innen

Allgemeines

Um Sie oder Ihre Angehörigen bei uns aufnehmen und die vereinbarten Leistungen erbringen zu können, müssen wir auch Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern, weiterverarbeiten, möglicherweise an andere Stellen übermitteln und letztendlich löschen. Der Schutz der Privatsphäre und somit der Daten aller mit uns in Kontakt stehender Personen liegt uns sehr am Herzen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich gemäß den Vorgaben des für uns geltenden „Gesetz über den kirchlichen Datenschutz“ (KDG) und aller weiteren geltenden Rechtsvorschriften. In den folgenden Abschnitten informieren wir Sie über die von uns vorgenommenen Datenverarbeitungen. Sollten Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich gerne jederzeit an uns wenden.

Verantwortlicher

St. Jodok Stift Landshut, Freyung 597, 84028 Landshut, Telefon: 08 71 / 9 23 39 – 0, Telefax: 08 71 / 9 23 39 – 15, E-Mail: altenheim@st-jodok-stift.de

Datenschutz-beauftragte:r

Hr. Sven Erz, E-Mail: sven.ertz@sanovis.com

Herkunft der Daten

Wir erheben Daten entweder direkt bei Ihnen, Ihren Angehörigen, Leistungserbringern oder der Pflegekasse. Weitere Daten werden im Rahmen der Betreuung dokumentiert.

Art der Daten

Wir speichern und verarbeiten Stamm- und Kontaktdaten der Bewohner und deren Angehörigen sowie alle weiteren für die Betreuung relevanten Daten der Bewohner, inklusive besonderer Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten.

Verarbeitung bei einer Anfrage

Wenn Sie Interesse an einem Platz bei uns äußern oder sich auf unsere Warteliste setzen lassen, speichern wir die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten, bis kein Interesse mehr besteht oder dieses unwahrscheinlich ist.

Verarbeitung im Rahmen der Betreuung

Wir verarbeiten Ihre Daten soweit dies für eine ganzheitliche Betreuung und Erfüllung des Vertrags mit Ihnen, zur verwaltungsmäßigen Abwicklung, zur Leistungsabrechnung, zur Qualitätssicherung oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben erforderlich ist. (§ 6 Abs. 1 lit. a, c KDG i.V.m. § 11 Abs. 2 lit. h KDG i.V.m. § 630f BGB)

Weitere Verarbeitungen

Für andere Verarbeitungen benötigen wir Ihre Einwilligung (§ 6 Abs. 1 lit. c KDG i.V.m. §11 Abs. 2 lit. a KDG) z.B. für die Abrechnung mit Kostenträgern oder interne Veröffentlichungen. Auch kann ein berechtigtes Interesse als Grundlage die Datenverarbeitung dienen (§ 6 Abs. 1 lit. g KDG), z.B. für die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen unserer Bewohner oder das Zusenden von Informationen.

*Wer kann Ihre
Daten einsehen*

Ihre Daten werden nur durch Mitarbeitende der Einrichtung eingesehen, die an Ihrer Betreuung, der verwaltungsmäßigen Abwicklung und Abrechnung, der Qualitätssicherung oder anderen zwingend erforderlichen Vorgängen beteiligt sind. Des Weiteren setzen wir Dienstleister ein, die Ihre Daten ausschließlich gemäß unserer Weisung und unter unserer Verantwortung verarbeiten (sogenannte Auftragsverarbeiter). Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht. An andere externe Stellen werden Ihre Daten nur mit Ihrer Einwilligung übermittelt.

Speicherdauer

Die Daten aus Ihrer Betreuung werden für 10 Jahre gespeichert.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, jederzeit **Auskunft** über die Sie betreffenden bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen. Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie **Berichtigung** verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden. Sie haben das Recht, die **Löschung** Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind. Sie haben das Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung** Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken. Sie haben das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie einem unserer Verantwortlichen bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten (**Datenübertragbarkeit**). Sie haben grundsätzlich ein allgemeines **Widerspruchsrecht** auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen. Sie können erteilte **Einwilligungen widerrufen**. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf **Beschwerde** bei der Datenschutzaufsicht. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist: *Katholisches Datenschutzzentrum Bayern (KdöR) Datenschutzaufsicht für die bayerischen (Erz-)Diözesen, Vordere Sternngasse 1, 90402 Nürnberg, Telefon: 0911-477740 50, post@kdsz.bayern.de; <https://www.kdsz.bayern>*

Bitte 1 Woche vor Aufnahme Rückantwort per Fax an: 0871 – 92 33 9 15

Künftiger Bewohner: Name, Vorname _____

geb. am _____

1. Hauptdiagnosen

2. Medikamente (gern auch per Ausdruck)

3. Antikoagulationstherapie? ja nein

4. Bekannte Allergien - welche? _____

5. Herzschrittmacher / sonstige Implantate?

6. Schluckbeschwerden? ja nein

Welche Kostform oder bestimmte Diät? _____

7. Wie hoch soll die tägliche Mindest-Trinkmenge ml **Max.-Trinkmenge** ml **sein?**

8. Sind Suchtkrankheiten bekannt –welche? _____

9. Sind ansteckende Krankheiten/ Infektionen bekannt (z. B. Hep., HIV, MRSA ...) oder ist der Pat. „Ausscheider“?

10. Liegen psychische Störungen vor – welche? Besteht eine Hin- bzw. Weglauftendenz?

Ort, Datum

Praxisstempel
Unterschrift des Arztes/Ärztin

Freigabe durch:	bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum	Seite	1
HL	QMB	5. Version	21.06.23	von	1