



Inhaltsverzeichnis zu Anlagen

Anlage 1 – Checkliste Beratung Aufnahme Tagespflege, Anmeldung Pflegeheim.....	2
Anlage 2 – Sepa-Lastschrift.....	3
Anlage 3 – Information zur Verarbeitung von Daten in der Pflege.....	4-6
Anlage 4 – Einwilligung zur Datenverarbeitung zu Versorgungszwecken.....	7-8
Anlage 4.1 – Einwilligung Gäste-/Angehörige für Foto- und Filmaufnahmen	9-10
Anlage 5 – Recht auf Beratung und Beschwerde	11
Anlage 6 – Selbstverpflichtung der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein – Westfalen für internes und externes Beschwerdemanagement.....	12
Anlage 7 – Medikamentengabe	13
Anlage 8 – Widerrufsbelehrung	14
Anlage 9 – Widerrufsformular	15
Anlage 10 – Schweigepflichtentbindung der behandelnden Ärzte.....	16
Anlage 11 – Schweigepflichtentbindung des ambulanten Pflegedienstes.....	17



Anlage 1

Checkliste Beratung Aufnahme Tagespflege, Anmeldung Pflegeheim

Bei Vertragsunterzeichnung wurde der Gast bzw. Angehörige/Bevollmächtigte zu folgenden Punkten beraten:

- Höhe der Entgelte nach Pflegegrad
- Information über Eigenanteilsleistungen (Unterkunft und Verpflegung)
- Information zur Erstattung der Eigenanteilsleistungen durch die Pflegekasse über Betreuungs- und Entlastungsleistungen, sofern Guthaben dort vorhanden
- Bescheid über Pflegegrad der Pflegekasse muss spätestens am 1. Besuchstag vorliegen
- SEPA-Lastschriftmandat ist Vertragsbestandteil und muss erteilt werden
- Bei Vertragsunterzeichnung muss die Vollmacht bzw. Betreuungsurkunde vorliegen
- Automatische Aufnahme in die Anmelde-Liste des Pflegeheim Paulushof

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V. Tagespflege



Anlage 2

Mandat zum Einzug von Forderungen mittels SEPA Firmenlastschrift

☐ Einrichtung / Änderung

☐ Widerruf

Hiermit bitte(n) ich (wir) Sie, die von für mich/uns bei Ihnen eingehenden Lastschriften zu Lasten meines (unseres) o.g. Kontos nicht mehr einzulösen

Anschrift des kontoführenden Kreditinstituts
BIC

Name und Anschrift des Kontoinhabers/Zahlungspflichtige
IBAN Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger

Ich ermächtige (Wir ermächtigen)

Firma (Name und Adresse des Zahlungsempfängers)

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE24 ZZZ 00000547781
Mandatsreferenz

☐ einmalig

☐ wiederkehrend

Zahlungen von meinem (unseren) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von o.g. Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschriften einzulösen.

☐ betraglich unbegrenzt

☐ bis zu einem Betrag in Höhe von _____ Euro.

Datum der Mandatserteilung an den Kreditor: _____

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen; ohne Mandat 13 Monate. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen (Aufbewahrung 14, Verfall nach 36 Monaten).

Der Betrag wird monatlich lt. § 8.1 des Heimvertrages (... spätestens **bis zum 3. des lfd. Monats** zu zahlen) eingezogen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

☐ Bitte bestätigen Sie die Vormerkung des Einlösungsauftrages zum SEPA-Lastschriftmandat dem Zahlungsempfänger schriftlich.

Ort, Datum

Unterschrift(en) Kontoinhaber in Druckbuchstaben
--

Unterschrift(en) Kontoinhaber



Anlage 3

Datenschutz- Information für teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Information zur Verarbeitung von Daten in der Pflege

1) Datenverarbeitung in der Einrichtung

Zur Erfüllung des Vertrages und gesetzlicher Verpflichtungen müssen personenbezogene Daten verarbeitet werden. Dieser Vertrag, Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches, das Datenschutzrecht (Datenschutz der EKD (DSG-EKD)) sowie die Sozialdatenschutzregelungen) und – sofern vorhanden – die individuelle Leistungsvereinbarung und Vereinbarungen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe ermächtigen dazu. Die Vorschriften des Datenschutzes (§ 6 Nr. 5 i.V.m. § 13 Abs. 2 Nr.8 und Abs. 3 DSG-EKD) finden Beachtung. Eine Weitergabe (Übermittlung) anvertrauter oder gespeicherter Daten bedarf immer der Einwilligung des Gastes, sofern nicht eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder sofern die Daten für die Übermittlung nicht anonymisiert wurden.

Verarbeitet werden dabei die nachfolgenden personenbezogenen Daten:

- Stammdaten
- Arztberichte inkl. Diagnosen und Befunde
- Strukturierte Informationssammlung (SIS) und/oder BI gestützte Anamnesedaten
- Pflege- und Betreuungsmaßnahmen inkl. ärztlich verordneter Behandlungspflegen (z.B. Medikamente)
- Pflegedokumentation
- Leistungs- und Tätigkeitsnachweise der Pflege
- Pflegeberichte
- Leistungs- und Tätigkeitsnachweise medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Betreuung
- Einfuhr-/Ausfuhr-Bilanz bei Bedarf
- Mobilisations- und Lagerungs-Pläne/Protokolle bei Bedarf
- Dokumentation zu allen erforderlichen Risikoparametern, Prophylaxen, z.B. Dekubitus, Sturz, Kontrakturen, inkl. Beratungsprotokolle
- Wunddokumentation
- Sturzdokumentation
- Schmerzdokumentation
- Dokumentation freiheitsentziehender Maßnahmen (z.B. Anlegen eines Bauchgurtes im Rollstuhl) inkl. Genehmigung
- Evaluation des Pflegeprozesses inkl. Auswertung / Darstellung Auswertung/Übersicht des Pflegeprozesses

Tagespflege

2) Übermittlung von Daten an Dritte auf gesetzlicher Grundlage (Weitergabe und Einsichtnahme)

Insbesondere die Gesundheitsdaten unterliegen der Geheimhaltungspflicht und dürfen ohne Einwilligung ausschließlich auf Grundlage eines Gesetzes, das die Übermittlung an Dritte gestattet, weitergegeben oder eingesehen werden. Regelhaft werden Daten in folgenden Zusammenhängen an Dritte übermittelt (insbesondere an Kranken- und Pflegekassen, bei Sozialhilfeempfängern an Sozialhilfeträger) oder in der Einrichtung eingesehen (insbesondere vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung und der Heimaufsicht):

- Bei der Abrechnung von Leistungen an die Pflegekasse (§§ 93, 94, 104, 105 SGB XI), die Krankenkassen (§§ 284, 302 SGB V) und gegebenenfalls an den Sozialhilfeträger (§§ 67 ff SGB X und § 13 Abs. 2 Nr. 8 DSG-EKD)
- Für Abrechnungsprüfungen werden Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung oder von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige (§§ 276, 284 SGB V, §§ 93, 97, 97a, 114 SGB XI) eingesehen und falls erforderlich an diese übermittelt.
- Für die Prüfung des ordnungsgemäßen Betriebs der Einrichtung werden durch die Heimaufsicht Daten in der Einrichtung eingesehen und falls erforderlich, an diese übermittelt (§§ 14 WTG NRW (Wohn- und Teilhabegesetz NRW) in Verbindung mit § 24 WTG DVO NRW).

3) Recht auf Information und Auskunft

Es besteht nach § 19 DSG-EKD die Möglichkeit, Auskunft über die in der Einrichtung gespeicherten personenbezogenen Daten geordnet nach Kategorien einschließlich der Verarbeitungszwecke, der Empfänger und die geplante Dauer der Speicherung zu erhalten. Dabei ist auch auf die nachfolgend unter 5. bis 10. dargestellten Rechte hinzuweisen.

Ein Recht auf Einsicht in die Pflegeplanung einschließlich der Aufzeichnung über die Umsetzung besteht auch gemäß § 6 Abs.1 Nr.5 WTG NRW

4) Recht auf Berichtigung

Unrichtige personenbezogene Daten werden gemäß § 20 DSG-EKD jederzeit berichtigt oder vervollständigt.

5) Recht auf Löschung, Dauer der Speicherung personenbezogener Daten

Gemäß § 21 DSG-EKD hat die betroffene Person das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, und der Verantwortliche ist verpflichtet, personenbezogene Daten unverzüglich zu löschen, insb. wenn keine rechtliche Verpflichtung zur Aufbewahrung mehr besteht oder eine Speicherung der Daten nicht mehr erforderlich ist.

Soweit Leistungen der Behandlungspflege erbracht werden, ist eine Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren zu beachten (§ 630f Absatz 3 BGB). Aus handelsrechtlichen Vorschriften kann sich eine Aufbewahrungspflicht von Belegen von 6 oder 10 Jahren ergeben (§ 257 HGB). Darüber hinaus kann im Einzelfall nach den Vorschriften des Zivilrechts eine Aufbewahrung von bis zu 30 Jahren erforderlich sein (§ 197 BGB).



6) Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Gemäß § 22 DSGVO kann unter bestimmten Voraussetzungen die weitere Verarbeitung von personenbezogenen Daten beschränkt beziehungsweise auf bestimmte Zwecke eingegrenzt werden. Die Daten werden gut geschützt und vor Zugriff gesichert aufbewahrt.

7) Recht auf Datenübertragung

Auf ausdrückliches Verlangen können gemäß § 24 DSGVO vom Gast bereitgestellte und automatisiert verarbeitete, personenbezogene Daten in einem gängigen Format zur Verfügung gestellt oder auf Wunsch an einen Dritten weitergegeben werden (z. Bsp. bei einem Wechsel der Pflegeeinrichtung).

8) Widerspruchsrecht

Unter den Voraussetzungen von § 25 DSGVO ist die Datenverarbeitung durch die Einrichtung im Falle eines Widerspruchs zu unterlassen.

9) Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Datenverarbeitungen der Einrichtung können mittels Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde beanstandet werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Zuständige Behörde nach dem WTG (Heimaufsicht):

Steubenstr. 53 · 45138 Essen, Tel.: 0201 8850001

10) verantwortliche Stelle, örtliche(r) Datenschutzbeauftragte(r)

Die für den Datenschutz verantwortliche Stelle der Einrichtung erreichen Sie unter:

Name: Babett Schwalfenberg
per Mail: schwalfenberg@paulushof-essen.de
per Telefon: 0201 8466210

11) Hinweis auf Auftragsdatenverarbeitung

Wir weisen darauf hin, dass externe Dienstleister mit Datenverarbeitungsvorgängen beauftragt wurden. Der externe Dienstleister gewährleistet die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Auftragsverarbeitung gemäß § 30 DSGVO.

Zur Kenntnis genommen:

Datum, Ort

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person



Anlage 4

Einwilligung zur Datenverarbeitung zu Versorgungszwecken

Ich,, (Vorname/Name)
bin damit einverstanden, dass das
Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V. - Tagespflege
folgende meiner personenbezogenen Daten, die auch besondere Kategorien personen-
bezogener Daten, hier Gesundheitsdaten, umfassen, wie folgt verarbeitet:

1. Verarbeitung von Biographischen Daten

☐ Die biographischen Daten, insbesondere Lebensgeschichte, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen und Tabus dürfen von der Einrichtung erhoben, erfasst, gespeichert, angepasst oder verändert und verwendet werden zum Zweck der fachgerechten Pflege und Betreuung, insbesondere um meine Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse besser verstehen, die Beziehung zwischen mir und den Pflege- und Betreuungspersonen verbessern und mich ganzheitlich durch das Wissen um meine Lebenserfahrungen versorgen zu können.

2. Weitergabe von personenbezogenen Daten an Dritte

☐ Meine **behandelnden Ärzte**

dürfen Einblick in die Pflege- und Betreuungsdokumentation und andere Arztberichte inkl. Diagnosen und Befunde und deren Aktualisierung sowie in die Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (soweit vorhanden) zum Zweck der ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung erhalten und übermitteln.

☐ Meine **Therapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen etc.**

dürfen Beobachtungsdaten aus dem Pflegebericht und deren Aktualisierung zum Zweck der ganzheitlichen therapeutischen Behandlung mündlich mitgeteilt werden.

☐ Die **Krankenhäuser/Rehabilitations-Einrichtungen**,

in denen ich behandelt werde oder werden soll, dürfen so genannte Pflegeüberleitungsbögen mit den erforderlichen Informationen, wie Patientenstammdaten, Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger, Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren, Medikationsplan und Verordnungen sowie die Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in Kopie (soweit vorhanden) zum Zweck der nahtlosen gesundheitlichen Versorgung erhalten.

☐ Der **Medizinische Dienst der Krankenkassen** darf

Einsicht in die Pflege- und Betreuungsdokumentation auch im Hinblick auf die dem Leistungserbringer freiwillig überlassenen Daten und deren Aktualisierung zum Zweck der Begutachtung des Grades der Pflegebedürftigkeit erhalten.

☐ Der **zuständige Sozialhilfe- bzw. Eingliederungshilfeträger**

darf im Einzelfall notwendige Auszüge aus der Pflege- und Betreuungsdokumentation zum Zweck der Prüfung der Leistungsgewährung erhalten.

☐ **Ambulante Pflegedienste**

dürfen Beobachtungsdaten aus dem Pflegebericht und deren Aktualisierung zum Zweck der ganzheitlichen Betreuung und pflegerischen Versorgung mündlich/schriftlich mitgeteilt werden.

☐ **Fahrdienste**

dürfen Daten wie Adresse, Telefonnummern, Ansprechpartner, besondere Hinweise auf Erkrankungen, die für die Beförderung relevant sind, übermittelt werden.

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V.
Tagespflege



☐ **Friseur**

dürfen Daten wie Adresse, Telefonnummern, Ansprechpartner, besondere Hinweise auf Erkrankungen, die für die Behandlung relevant sind, übermittelt werden.

☐ **Fuß- und Nagelpflege**

dürfen Daten wie Adresse, Telefonnummern, Ansprechpartner, besondere Hinweise auf Erkrankungen, die für die Behandlung relevant sind, übermittelt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs können unter Umständen Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile (z.B. verspätete oder abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entstehen.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V.
- Tagespflege -
Stemmering 18
45259 Essen
E-Mail: tagespflege@paulushof-essen.de
Fax: 0201-8466 444
Tel.: 0201-8466 139

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet.

Weitere Informationen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind zu finden unter: www.paulushof.de

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person



Anlage 4.1

Einwilligung Gäste / Angehörige für Foto- und Filmaufnahmen

Liebe Tagesgäste und Angehörige,

um unsere Arbeit in der Öffentlichkeit darstellen zu können, möchten wir gerne unsere Tagesgäste, Gäste, ggf. mit Namen und Foto in Print und im Internet s.u. veröffentlichen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns Ihre Einwilligung zur Veröffentlichung von Namen und Foto geben würden. Falls wir noch kein Foto von Ihnen haben, würden wir gerne eines von Ihnen machen und für diese Zwecke speichern und verwenden.

Wichtige Hinweise:

Wir halten uns an die gesetzlichen Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung vom 24.05.2018 (DSGVO)

Sie können frei entscheiden, ob Sie eine Einwilligung erteilen möchten oder nicht. Es hat keinerlei negative Konsequenzen, wenn Sie Ihre Einwilligung nicht abgeben. Sie können eine abgegebene **Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen**. Wir werden dann Ihr Foto innerhalb von 14 Tagen von der Internetseite entfernen. Gleiches gilt für Ihren Namen.

Sollten Sie Ihre Einwilligung auch für die Verwendung in Printprodukten abgegeben haben, würden wir die bereits gedruckten Flyer/Broschüren weiter verwenden. Bei einer Neuauflage werden wir dann natürlich berücksichtigen, dass Ihre Fotos und Ihr Name nicht wieder in der Broschüre bzw. dem Flyer erscheinen.

Beachten Sie bitte, dass unsere Internetseiten und Facebook auch für Suchmaschinen zugänglich sind. Sie müssen daher damit rechnen, dass Ihr Name und Ihr Bild auch von Suchmaschinen gefunden werden kann.



Tagesgast / Angehörige Einwilligungserklärung für Foto- und Filmaufnahmen

Vorname: _____ Nachname: _____

- ☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein **Foto** in der Dokumentation des Unternehmens verwendet wird.
- ☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein **Foto**
☐ **und mein Name** im Aushang an den Fotowänden verwendet wird.
- ☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein **Foto**
☐ **und mein Name** in der Heimzeitung (Paulushof-Kurier) des Unternehmens verwendet wird,
☐ sowie interne Fotos von Veranstaltungen.
- ☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein **Foto** zu externen Zwecken verwendet wird, z.B. Gemeindebrief Pauluskirche, Tageszeitung, Ruhrkurier, Werbebroschüre des Paulushofes und Flyer.
- ☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein **Foto** auf der Internetseite des Unternehmens veröffentlicht wird.
- ☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein **Foto** in Social Media Plattformen des Unternehmens veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person



Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V. Tagespflege

Anlage 5

Recht auf Beratung und Beschwerde

- Wenn Sie Beratung brauchen oder Beschwerden haben, können Sie sich an die Leitende Pflegefachkraft Klaudia Bottin wenden. Frau Bottin ist zu erreichen unter folgender Anschrift:

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V.
- Tagespflege -
Stemmering 18
45259 Essen
E-Mail: tagespflege@paulushof-essen.de
Fax: 0201-8466 444
Tel.: 0201-8466 139

- Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit, Ihre Beratungswünsche und Beschwerden unmittelbar an die Beauftragte des Trägers der Einrichtung zu richten. Dieser ist unter folgender Anschrift zu erreichen:

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V.
z. Hd. Babett Schwalenberg
Stemmering 18
45259 Essen
Tel.: 0201 8466 210
Fax: 0201 8466 444
info@paulushof-essen.de

- Nachfolgend sind einige Anschriften und Telefonnummern von Institutionen aufgeführt, an die Sie sich auch wenden können:

1. Zuständiger Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege:
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe
Lenastr. 41, 40470 Düsseldorf, Tel.: 0211 6398488
2. Zuständige Behörde nach dem WTG (Heimaufsicht):
Steubenstr. 53, 45138 Essen, Tel.: 0201 8850001
3. Monitoring- und Beschwerdestelle nach § 16 WTG:

Die Monitoring- und Beschwerdestelle ist unter folgenden Kontaktdaten erreichbar:
E-Mail: gewaltschutz@lbbp.nrw.de
Telefon: 0211 / 855 4499
www.lbbp.nrw.de/monitoring-und-beschwerdestelle-nrw

4. Zuständiger Sozialhilfeträger:
Amt für Soziales und Wohnen
Steubenstr. 53, 45121 Essen, Tel.: 0201 88-50555
5. Anschrift der örtlichen Verbraucherberatung:
Hollestraße 1, 45127 Essen, Tel.: 0201 64957401, www.verbraucherzentrale.nrw
bzw. die Anschrift der Verbraucherzentrale in Düsseldorf:
Verbraucherzentrale in NRW, Mintropstraße 27, 40215 Düsseldorf,
Tel.: 0211/3809-0, Fax: 0211/3809-172.



6. Zuständige Stelle für Angelegenheiten der außergerichtlichen Streitbeilegung ist das Zentrum für Schlichtung e.V., Straßburger Str. 8, 77694 Kehl
www.verbraucher-schlichter.de

Anlage 6

Selbstverpflichtung der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen für internes und externes Beschwerdemanagement

Die Gäste haben ein Recht, sich zu beschweren. In unseren Einrichtungen und Diensten sind Beschwerden jederzeit willkommen. Sie sind eine Chance zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen.

1. Einrichtungen und Dienste legen die Grundsätze ihres Beschwerdemanagements fest und stellen sie den Gästen zur Verfügung.
2. Die Einrichtungen und Dienste verpflichten sich, Beschwerden zu dokumentieren, innerhalb von 7 Werktagen darauf zu reagieren und gemeinsam mit dem Beschwerdeführer nach Lösungen zu suchen.
3. Die Einrichtungen und Dienste teilen den Gästen Anschriften interner und externer Ansprechpartner mit, wie z. B.
 - a. Beschwerdestelle des Trägers
 - b. Beirat bzw. Vertrauensperson nach dem Wohn- und Teilhabegesetz
 - c. Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege
 - d. Ombudsfrau/-mann der Kommune oder des Kreises
 - e. Zuständige Behörde nach dem Wohn- und Teilhabegesetz
 - f. Zuständige Pflegekasse/Sozialhilfeträger
 - g. Örtliche Verbraucherberatung.
4. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege verpflichten sich,
 - a. die Beschwerdekultur in den Einrichtungen und Diensten zu fördern,
 - b. im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben zu beraten, zu vermitteln und in strittigen Fällen zu moderieren, soweit dies gewünscht wird,
 - c. in den Musterverträgen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege den Gästen einen Rechtsanspruch auf Einhaltung dieser Selbstverpflichtung einzuräumen.



Anlage 7

Medikamentengabe / Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Tagespflege

Sehr geehrte Gäste, sehr geehrte Angehörige,

die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege während des Aufenthaltes werden auf Grundlage des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die Tagespflege (NRW) erbracht. Die Einrichtung garantiert die freie Arztwahl. Insbesondere auch um die Verantwortung für die Medikamentengabe in der Tagespflege übernehmen zu können, bitten wir Sie Folgendes zu beachten:

- Wir benötigen die jeweils aktuelle **ärztliche Verordnung** aller Medikamente und Leistungen. Diese jeweilige Verordnung muss vom Arzt unterschrieben sein. Die Leistungen müssen delegationsfähig sein.
- Die Leistungen müssen notwendigerweise während des Aufenthaltes in der Tagespflege erbracht werden. Bei jeder **Veränderung** benötigen wir eine neue vom Arzt unterschriebene Verordnungsliste.
- Die Medikamente müssen in der **Originalverpackung** (inklusive der Medikamentenbeschreibung („Waschzettel“)) unter Beifügung des jeweils gültigen Medikamentenplans in der Tagespflegereinrichtung abgegeben werden und können bei Bedarf dort verwahrt werden.
- Der Gast willigt in die Maßnahme und deren Durchführung ein. Der Gast versichert, dass die Verordnungen und der Medikamentenplan stets aktuell und vollständig vorliegen. Im Fall von Anpassungen verpflichtet sich der Gast, die Tagespflege unverzüglich und vollständig zu informieren sowie die entsprechenden Unterlagen zu übergeben.

Wenn die Einrichtung bereits gerichtete Medikamente verabreichen soll, so müssen diese entweder in einem Dispenser (namentlich gekennzeichnete Wochenbox, unterteilt nach Wochentagen und Tageszeiten), der durch eine Pflegefachkraft gerichtet wurde, oder in einem Blister, der durch eine pharmazeutische Fachkraft befüllt wurde, mitgebracht werden.

Der Gast entbindet die ihn behandelnden Ärzte und den an der Versorgung beteiligten ambulanten Pflegedienst insoweit von der Schweigepflicht, als dies für eine ordnungsgerechte Medikamentenversorgung bzw. sonstige medizinische Behandlungspflege in der Einrichtung erforderlich ist.

Die aktuelle Gesetzlage erfordert von uns einen sorgfältigen Umgang mit Medikamenten. Wir bitten Sie daher diese Vorgaben zu beachten und danken Ihnen für Ihr Verständnis.

Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person



Anlage 8

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie haben gem. § 312g BGB das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V.

- Tagespflege -

Stemmering 18

45259 Essen

E-Mail: tagespflege@paulushof-essen.de

Fax: 0201-8466 444

Tel.: 0201-8466 139

mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. per Telefon, ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren.

Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular (Anlage 9 zu diesem Vertrag) verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistungen vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnen sollen, so haben Sie uns Wertersatz für die bis zum Widerruf erbrachte Leistung zu zahlen. Grundlage für die Berechnung des Wertersatzes sind die vertraglich vereinbarten Entgelte.

Erklärung

Ich habe die Belehrung über das Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen.

☐ **Nach erfolgter Belehrung über die Voraussetzungen des Widerrufsrechts fordere ich von der Einrichtung, die Leistungen sofort und damit vor Ablauf der Widerrufsfrist zu erbringen.**

Ort, Datum _____

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person



Anlage 9

Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück per Post oder Fax oder schreiben uns eine E-Mail)

An

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V.
- Tagespflege -
Stemmering 18
45259 Essen
E-Mail: tagespflege@paulushof-essen.de
Fax: 0201-8466 444
Tel.: 0201-8466 139

Hiermit widerrufe ich den von mir mit Ihnen abgeschlossenen Vertrag vom

Name /Anschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person



Anlage 10

Schweigepflichtentbindung
des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin durch den Gast

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Meine behandelnden Ärzte (Name, Anschrift der Praxis)

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte gegenüber den Mitarbeitenden der Einrichtung.

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V.
- Tagespflege -
Stemmering 18
45259 Essen
E-Mail: tagespflege@paulushof-essen.de
Fax: 0201-8466 444
Tel.: 0201-8466 139

von seiner/ihrer Schweigepflicht und willige in die Übermittlung gesundheitsbezogener Daten ein, soweit es sich um für meine Pflege, insbesondere die medizinische Behandlungspflege bzw. die Verordnung/Anordnung von Medikamenten und deren Einnahme oder Gabe oder für meine Betreuung erforderliche Informationen handelt.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf kann gegenüber dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin oder den Mitarbeitenden der Einrichtung formlos erklärt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person



Anlage 11

Schweigepflichtentbindung
des ambulanten Pflegedienstes durch den Gast

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Mein ambulanter Pflegedienst ist:

(Name Adresse Telefon)

Ich entbinde die Mitarbeitenden meines ambulanten Pflegedienstes gegenüber den Mitarbeitenden der Einrichtung

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V.

- Tagespflege -

Stemmering 18

45259 Essen

E-Mail: tagespflege@paulushof-essen.de

Fax: 0201-8466 444

Tel.: 0201-8466 139

von ihrer Schweigepflicht und willige in die Übermittlung gesundheitsbezogener Daten ein, soweit es sich um für meine Pflege, insbesondere die medizinische Behandlungspflege bzw. die Verordnung/Anordnung von Medikamenten und deren Einnahme oder Gabe, oder für meine Betreuung erforderliche Informationen handelt.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf kann gegenüber den Mitarbeitenden des ambulanten Pflegedienstes oder den Mitarbeitenden der Einrichtung formlos erklärt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegegast / vertretungsberechtigte Person