

Postfach 10 37 44 – 40028 Düsseldorf	Einwilligung im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI (ambulante Betreuungsdienste)	Stand 12/22
---	---	-------------

Name der Einrichtung	Name der vertretungsberechtigten Person
Name der versorgten Person	Geburtsdatum der versorgten Person

Jedes Jahr werden in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI Qualitätsprüfungen durchgeführt. Die Prüfer/-innen des Medizinischen Dienstes Nordrhein ermitteln im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen, ob die vertraglichen und gesetzlichen Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllt sind.

Neben der Begutachtung der Gegebenheiten und Abläufe in der Einrichtung, werden auch per Zufall ausgewählte versorgte Personen in die Prüfung mit einbezogen. Es wird die Qualität der Betreuungsleistungen und der erbrachten Hilfe zur Haushaltsführung überprüft. Hierzu werden die versorgten Personen, bzw. ihre An- und Zugehörigen einerseits befragt. Andererseits führen die Prüfer/-innen eine Auswertung der Pflegedokumentation durch.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung werden in einem Prüfbericht zusammengefasst. Die erfassten personenbezogenen Daten, wie Name, Alter, Geburtsdatum, erscheinen im Prüfbericht ausschließlich in anonymisierter Form. Gegebenenfalls angefertigte Kopien aus der Pflegedokumentation werden nach Abschluss des Verfahrens vernichtet. Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich auf Basis bestehender Rechtsgrundlagen.

Werden im Rahmen der Überprüfung ambulanter Betreuungsdienste Mängel

- in der pflegerischen Betreuung und Hilfe bei der Haushaltsführung erbrachten Leistungen festgestellt, leitet der Medizinische Dienst Nordrhein die entsprechenden Daten gemäß § 115 Abs. 5 SGB XI an die zuständige Pflegekasse der versorgten Person sowie an die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen nach § 97 Abs. 1 S. 2 SGB XI in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X weiter.
- in der Abrechnung von Leistungen festgestellt, leitet der Medizinischen Dienst Nordrhein die entsprechenden Daten gemäß Punkt 8 Ziffer 5 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (Teil 1b - Ambulante Betreuungsdienste) an die zuständige Pflegekasse der versorgten Person weiter.

Wir bitten Sie daher um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Qualitätsprüfung. Die Teilnahme an der Prüfung ist freiwillig. Sollten Sie mit der Teilnahme nicht einverstanden sein, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile. Die Teilnahme an der Prüfung hat keine Auswirkungen auf Ihren Pflegegrad.

Postfach 10 37 44 – 40028 Düsseldorf	Einwilligung im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI (ambulante Betreuungsdienste)	Stand 12/22
---	---	-------------

Ich gebe hiermit meine Einwilligung für:

- das **Betret**en meiner Wohnräume,
- die **Befragung** meiner Person, der Beschäftigten der Einrichtung, meiner Betreuerin/meines Betreuers sowie meiner Angehörigen,
- die **Inaugenscheinnahme** meines gesundheitlichen und pflegerischen Zustands,
- die **Einsichtnahme** in meine Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,
- die damit jeweils zusammenhängende **Verarbeitung** meiner personenbezogenen Daten einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.

Sie können Ihre Einwilligung hierzu jederzeit widerrufen. Dieser Widerruf gilt nur für die zukünftige Verarbeitung Ihrer Daten. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Medizinischen Dienst Nordrhein zu erklären (Postfach 10 37 44 – 40028 Düsseldorf). Die zu Ihrer Person erhobenen Daten werden gemäß SGB XI § 97 nach fünf Jahren gelöscht.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite unter <https://www.md-nordrhein.de/versicherte/was-passiert-mit-meinen-daten/>
Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass der Rückversand dieses Schreibens über unverschlüsselte E-Mail-Leitungen grundsätzlich kein sicherer Übertragungsweg ist.

Ort, Datum	Unterschrift versorgte Person/vertretungsberechtigte Person
-------------------	--

Die versorgte Person ist nach Angaben der Einrichtungsvertretenden:

<input type="checkbox"/> einwilligungsfähig	<input type="checkbox"/> nicht einwilligungsfähig
---	---

Die versorgte Person ist aus folgendem Grund nicht zur Unterschrift fähig:

<input type="checkbox"/>	Mündliche Einwilligung, da nach Angaben der vertretungsberechtigten Person eine Einwilligung in Textform nicht möglich war.
--------------------------	---

	Unterschrift Mitarbeiter/-in Pflegeeinrichtung
Ort, Datum	Unterschrift Mitarbeiter/-in Medizinischer Dienst Nordrhein