

Postfach 10 37 44 – 40028 Düsseldorf	Einwilligung im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI (teilstationär)	Stand 08/21
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

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 der Medizinischen Dienste 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. Die Prüfer/-innen führen mit den versorgten Personen ein Gespräch und, unter Wahrung der Intimsphäre, eine Inaugenscheinnahme durch. Diese kann beispielsweise Aspekte der Behandlungspflege; wie Wundbehandlung oder Medikamentengabe; Mobilität, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Ausscheidung sowie Körperpflege umfassen. Außerdem werden im Rahmen der Prüfung auch die Pflegedokumentationen eingesehen.

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 der Einrichtung schwerwiegende Mängel festgestellt, werden die erforderlichen Daten an die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen sowie an die nach Landesrecht zuständige Aufsichtsbehörde (Heimaufsicht) weitergeleitet (§ 97 Abs. 1 S. 2 SGB XI in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X).

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 (teilstationär)	Stand 08/21
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

Ich gebe hiermit meine Einwilligung für:

- 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 MD 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.

Ort, Datum	Unterschrift Mitarbeiter/-in Pflegeeinrichtung
	Unterschrift Mitarbeiter/-in MD Nordrhein