

Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in den ☞ Sozialtherapeutischen Langzeitbereich ☞



- I. Anmeldeformular persönliche Daten
- II. Einschätzung zur Hilfebedarfsermittlung

Anschrift: Residenza München
Sozialtherapeutische Langzeiteinrichtung
Murnauer Str. 267
81379 München

Telefon: 089-78 02 98-0
Fax: 089-78 02 98-11
Internet: www.residenza-muenchen.de
E-Mail: info@residenza-muenchen.de

Träger: Residenza München Sozialbetriebe GmbH
Geschäftsführer: Herr Stephan Gittel,
Herr Dr. Harald Groß
Einrichtungsleitung: Herr Dr. Harald Groß

Ansprechpartner: Frau Susann Fischer
Bereichsleitung Sozialtherapeutischer Langzeitbereich
Tel.: 089-78 02 98-40
E-Mail: fischer@residenza-muenchen.de

oder deren Vertreter: Herr Michael Duwe
Bereichsleitung Sozialtherapeutischer Langzeitbereich
Tel.: 089-78 02 98-35
E-Mail: duwe@residenza-muenchen.de

I. Anmeldung zur Heimaufnahme in den sozialtherapeutischen Langzeitbereich

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.	
1. Zuname: (Familiename, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)	
3. Wohnung: (Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	
_____ (Straße und Hausnummer)	_____ (Postleitzahl, Wohnort)
_____ (Telefon)	
4. Zurzeit in einer Einrichtung Krankenhaus, ambulante Einrichtung, Heim etc.?	
_____ (Aufnahmetag)	_____ (Name der Einrichtung)
_____ (Telefon)	
_____ (Adresse der Einrichtung)	
5. Geburtsdaten: (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben am: _____ in: _____)	
6. Familienstand:	7. Konfession:
8. Staatsangehörigkeit:	
9. Angehörige:	
a) _____ (wie verwandt?)	
_____ (Vor- und Zuname)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Straße, Hausnummer)	_____ (Postleitzahl, Wohnort)
_____ (Telefon)	
b) _____ (wie verwandt?)	
_____ (Vor- und Zuname)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Straße, Hausnummer)	_____ (Postleitzahl, Wohnort)
_____ (Telefon)	
c) _____ (wie verwandt?)	
_____ (Vor- und Zuname)	_____ (Vor- und Zuname)
_____ (Straße, Hausnummer)	_____ (Postleitzahl, Wohnort)
_____ (Telefon)	
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)	

10. Gesetzliche Betreuer: (Kopie des Betreuungsbeschlusses und des Betreuerausweises bitte beilegen!)

(Vor- und Zuname) _____
(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort) _____
(Telefon)

Aufgabenkreise: Gesundheitssorge
 Aufenthaltsbestimmung/Wohnungsangelegenheiten
 Vermögenssorge
 Postangelegenheiten
 Vertretung ggü. Gerichten/Behörden

Betreuung ist beantragt: ja, wann nein

Liegt die Einwilligung durch den Betreuer zur Heimaufnahme vor? ja nein

11. Liegt die Einwilligung zur Kostenübernahme im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe durch den Kostenträger vor?
 ja nein _____
 (wenn nein, wann wurde diese bei wem beantragt?)

12. Rentenbescheide: von wem?
 (Bitte unbedingt beilegen!)

13. Krankenkasse: (Name und KV Nummer)

14. Pflegegrad: nein ja Welchen?

15. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich/privat)

16. Zuzahlungsbefreiung: Arzneimittel, bis: _____
 Kuren, Transporten, Physiotherapie, bis: _____

17. Ärzte

(Name des Hausarztes) _____
(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort) _____
(Telefon)

(Name des Psychiaters) _____
(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort) _____
(Telefon)

18. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens (z. B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

19. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffende bitte ankreuzen)
 Einzelzimmer Doppelzimmer

20. Termin: (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)

21. Bereitschaft zum Probewohnen vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
22. Frühere Unterbringung: (In einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? (aus welchem Grund dort ausgeschieden?)	
23. Gab es frühere Unterbringungen im Rahmen des Maßregelvollzugs? (kein Ausschlusskriterium!)	
24. Aus welchen Gründen wird jetzt eine Heimaufnahme gewünscht?	
25. Wer stellt den Antrag: (ggf. Kopie des Betreuungsbeschlusses und des Betreuerausweises)	
_____ (Vor- und Zuname)	_____ (Straße und Hausnummer)
_____ (Postleitzahl, Wohnort)	_____ (Telefon)
26. Dem Antrag bitten wir folgende Unterlagen beizulegen, die zur Entscheidung über eine Aufnahme sowie Koordination im Gesamtplanverfahren nach §§ 117 ff. SGB IX , zwingend erforderlich sind!	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine ärztliche Epikrise, einen aktuellen Entwicklungsbericht, evtl. andere Arztbriefe 2. (Fach-) ärztlicher Bericht zur Einleitung von Maßnahmen/Hilfen der Eingliederungshilfe SGB XII BSHG 3. Hilfeplanungs- und Entwicklungsbericht C bei Wechsel Maßnahme o. Leistungsanbieter 	
27. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:	
Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	
_____ (Ort, Datum)	_____ (Unterschrift des Antragstellers)
_____ (Ort, Datum)	_____ (Unterschrift des Klienten)
Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.	

II. Einschätzung des aktuellen Hilfebedarfs

<p>Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisensituation, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives, individuelles Angebot
<p>Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives, individuelles Angebot
<p>Selbstversorgung und Wohnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives, individuelles Angebot

<p>Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeit, Ausbildung</p>	<p><input type="checkbox"/> keine Hilfestellung</p> <p><input type="checkbox"/> Information und Beratung</p> <p><input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld</p> <p><input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung</p> <p><input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung</p> <p><input type="checkbox"/> intensives, individuelles Angebot</p>
<p>Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben</p>	<p><input type="checkbox"/> keine Hilfestellung</p> <p><input type="checkbox"/> Information und Beratung</p> <p><input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld</p> <p><input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung</p> <p><input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung</p> <p><input type="checkbox"/> intensives, individuelles Angebot</p>
<p>Ergänzende Ausführungen zum Hilfebedarf:</p>	

An der Einschätzung des Hilfebedarfs haben mitgewirkt:

- Klient
 Sozialdienst Fachkrankenhaus
 niedergelassener Facharzt
 Sozialdienste, SpDi
 derzeit betreuende Einrichtung
 Betreuer/Angehörige

Ersteller:

Funktion:

Erklärung zum Infektionsschutz

Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass Sie verpflichtet sind, uns vor dem Einzug ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 IfSG vorzulegen, aus welchem hervorgeht, dass Sie nicht an Lungentuberkulose erkrankt sind. Sie erhalten ein solches Zeugnis bei Ihrem Hausarzt.

Wir bitten Sie, die nachstehende Bescheinigung abzutrennen und sie ausgefüllt und unterzeichnet mit den restlichen Anmeldeunterlagen bei uns einzureichen!

✂-----

Ich bestätige mit meiner nachfolgenden Unterschrift, über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach § 36 Abs. 4 IfSG aufgeklärt worden zu sein. Sollte ich dieser Verpflichtung nicht nachkommen und im Falle einer ansteckenden Lungentuberkuloseerkrankung anstecken, stelle ich die Einrichtung, **Residenza München Sozialbetriebe GmbH**, von eventuellen Schadensersatzansprüchen frei.

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Datum		Unterschrift	
Betreuer		Unterschrift	

Heimentgelt

Für unsere Dienstleistung im Sozialtherapeutischen Langzeitbereich erlauben wir uns folgende Tagessätze zu berechnen.

Die Tagessätze sind mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger mittels Leistungsvereinbarung und Versorgungsvertrag vereinbart.

Sozialtherapeutischer Langzeitbereich

EUR/Tag € 141,34

Stand: 1. Dezember 2023

Einwilligungserklärung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist ein im Infektionsschutzgesetz (IfSG) verankertes unabhängiges Expertengremium, das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen wird. Die Kommission gibt in Deutschland gemäß dem IfSG Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen als Prophylaxe übertragbarer Krankheiten.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

Frau/Herr _____, geboren am: _____
(Bitte Namen eintragen) (Bitte Geburtsdatum eintragen)

folgende Impfungen, gemäß der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) durch die/den behandelnde*n Ärztin/Arzt erhalten kann. Voraussetzung ist die Aufklärung und Einwilligung (wenn möglich) der Bewohnerin/des Bewohners.

- COVID-19 (empfohlen für Person \geq 60 Jahre und Personen in stationären Einrichtungen)
- Influenza (empfohlen für Person \geq 60 Jahre und Personen in stationären Einrichtungen)

Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen keine Nachteile. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Hierzu genügt eine formlose schriftliche Erklärung.

- Einer jährlichen Einwilligung (z. B. Influenzaimpfung) bedarf es nicht.
- Einer jährlichen Einwilligung meinerseits bedarf es.

Die Daten werden ausschließlich an die/den behandelnde*n Ärztin/Arzt weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers
(bei nicht einwilligungsfähigen Personen)

Erstinformation Bewohnerdaten

Verantwortlicher

Die Daten werden verarbeitet von den gemeinsamen Verantwortlichen gem. Art 26 DSGVO:
Residenza München Sozialbetriebe GmbH
Novi Service GmbH und
Novi Holding GmbH
Murnauer Str. 267
81379 München
Tel.: 089/780 298 0
E-Mail: info@residenza-muenchen.de
Website: <http://www.residenza-muenchen.de/>

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist Herr Fritz Spaeder.
Der Datenschutzbeauftragte ist zu erreichen unter: dsb@residenza-muenchen.de

Zweck

Die zu erhebenden Daten werden zum Zwecke der Abwicklung des Einrichtungsvertrages verarbeitet, der im Rahmen der Aufnahme mit dem Bewohner geschlossen wird.

Über den Zweck hinaus erheben und verarbeiten wir teilweise Daten, die im Rahmen der Pflegeleistung entstehen für eigene Zwecke. Dazu gehören Erhebungen von Daten, die im Zusammenhang mit möglichen auftretenden Risiken für den Bewohner verbunden sind. (Beispiel: Erhebung Wundstatus, Ernährungsstatus etc.) Diese Daten finden ausschließlich betriebsinterne Verwendung.

Darüber hinaus werden Bilder und ggf. Berichte über hausinterne Veranstaltungen und Ausflügen für die Hauszeitung verwendet. Hierzu sei auf die diesbezügliche Einwilligungserklärung verwiesen. Außerdem können Daten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Heimaufsicht (FQA) im Rahmen externer Qualitätsprüfungen sowie können im Rahmen eines Leistungsnachweises der Auszubildenden Daten offenbart werden. Hierfür wird jedoch immer eine Einwilligung des Bewohners eingeholt. Die Einwilligung ist freiwillig.

Zudem erfolgt zum Schutz der Einrichtungen, Anlagen und Vermögenswerte des Unternehmens und der Bewohner vor Diebstählen und sonstigen Schäden (Art. 6 Abs. 1f DS-GVO) u.a. auch eine Videoüberwachung (§ 4 BDSG).

Daten und Datenkategorien

- Name und Kontaktdaten
- Gesundheitsdaten (Diagnosen, Medikationen, Daten über den körperlichen Zustand und Einschränkungen, etc.)
- Pflegedaten (Risiken, Pflegegrad, Grad der Selbstständigkeit)
- Sonstige persönliche Daten (biographische, familiäre Daten, Wünsche und Vorlieben) im Rahmen des Aufnahmegesprächs (freiwillig)
- Zahlungsdaten
- Versicherungsdaten
- Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten

- Ggf. Daten zur Betreuung
- Bildaufnahmen (Videoüberwachung)

Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist der mit dem Bewohner geschlossene Einrichtungsvertrag bzw. für Bilder und Berichte (Hauszeitung) sowie Qualitätsprüfungen die Einwilligung.

Speicherung und Löschung

Die Daten werden im Rahmen der Dokumentationspflicht mittels einer Dokumentationssoftware für die Dauer der geltenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten auf dem hausinternen Server gespeichert. Nach Ablauf dieser Pflichten werden die Daten gelöscht. Die physischen Bewohnerakten werden zur Abwehr von Haftungsansprüchen Dritter für einen Zeitraum von 30 Jahren aufbewahrt. Diese Daten sind jedoch faktisch gesperrt (gesondert gesichertes Archiv, Zugriff auf eine verantwortliche Person und ihren Vertreter beschränkt). Videoüberwachungsdaten werden nur kurzfristig gespeichert und nach spätestens einer Woche gelöscht.

Weitergabe an Dritte

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur, soweit es zur Zweckerfüllung erforderlich ist. Hierzu gehören:

- Ärzte
- Krankenhäuser
- Apotheke
- Andere Gesundheitsdienste (z.B. physikalische Therapie, Ergotherapie etc.)
- MDK und FQA im Rahmen von Qualitätsprüfungen (nur Einsichtnahme nach Einwilligung)
- MDK im Rahmen der Ermittlung des Pflegegrades
- Ausbildungsstätten im Rahmen von Leistungsnachweisen
- Ggf. Polizei (Vermisstenmeldung)
- Ggf. Bezirk Oberbayern
- Ggf. weiterführende Einrichtungen
- Ermittlungsbehörden (bei Auffälligkeiten in der Videoüberwachung)

Die Bereitstellung der hier zu erhebenden personenbezogenen Daten sind für die Durchführung des Einrichtungs-Vertrages zwischen Ihnen und der Residenzia München Sozialbetriebe GmbH erforderlich. Ohne die Bereitstellung dieser Daten können wir den Versorgungsvertrag mit Ihnen nicht durchführen.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht Auskunft über die von Ihnen erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten sowie das Recht auf Berichtigung, sollten die Daten nicht korrekt oder zutreffend gespeichert worden sein. Ebenfalls haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten („Recht auf Vergessen“) oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, soweit keine gesetzlichen Regelungen anderes verlangen oder die Daten im Rahmen der Zweckerfüllung benötigt werden.

Sie haben auch das Recht auf Übertragung Ihrer Daten, sofern dies für den bestehenden Zweck erforderlich ist.

Sie haben das Recht der Erhebung und (Weiter-)Verarbeitung der Daten für die Daten, für die Sie eine Einwilligung erteilt haben (*Hauszeitung, Qualitätsprüfung*) jederzeit zu widersprechen. Der Widerspruch kann durch ein formloses Schreiben unter Angabe Ihres Namens und des betreffenden Bearbeitungszwecks (z.B. *Hauszeitung, Qualitätsprüfung*) entweder unter der obigen Postadresse oder einfach durch Abgabe am Empfang oder Wohnbereich stattfinden.

Sie haben das Recht sich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt.

Erstinformation Aufnahmeantrag

Verantwortlicher

Die Daten werden verarbeitet von den gemeinsamen Verantwortlichen gem. Art 26 DSGVO:
Residenzia München Sozialbetriebe GmbH
Novi Service GmbH und
Novi Holding GmbH
Murnauer Str. 267
81379 München
Tel.: 089/780 298 0
E-Mail: info@residenzia-muenchen.de
Website: <http://www.residenzia-muenchen.de/>

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist Herr Fritz Spaeder.
Der Datenschutzbeauftragte ist zu erreichen unter: dsb@residenzia-muenchen.de

Zweck

Die zu erhebenden Daten werden zum Zwecke der Anbahnung des Einrichtungsvertrages verarbeitet, der im Rahmen der Aufnahme mit dem Bewohner geschlossen wird.

Eine Verarbeitung Ihrer Daten für andere als die genannten Zwecke erfolgt nur, soweit diese Verarbeitung mit den Zwecken der Anbahnung des Einrichtungsvertrages vereinbar ist. Wir werden Sie vor einer derartigen Weiterverarbeitung Ihrer Daten über diese Verarbeitung informieren und, soweit erforderlich, Ihre Einwilligung hierzu einholen.

Die Bereitstellung der hier zu erhebenden personenbezogenen Daten sind für die Bearbeitung des Aufnahmeantrags erforderlich. Ohne die Bereitstellung dieser Daten können wir den Aufnahmeantrag nicht störungsfrei bearbeiten.

Daten und Datenkategorien

- Name und Kontaktdaten (potenzieller Bewohner, ggf. Betreuer, ggf. Angehöriger)
- Gesundheitsdaten (Diagnosen, Medikationen, Daten über den körperlichen Zustand und Einschränkungen, etc.)
- Pflegedaten (Risiken, Pflegegrad, Grad der Selbstständigkeit)
- Sonstige persönliche Daten (biographische, familiäre Daten, Wünsche und Vorlieben) im Rahmen des Aufnahmegesprächs (freiwillig)
- Zahlungsdaten
- Versicherungsdaten
- Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten
- Ggf. Daten zur Betreuung

Die Daten, die wir verarbeiten erhalten wir ausschließlich von Ihnen.

Weitergabe an Dritte

Innerhalb unseres Unternehmens erhalten diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung der oben genannten Zwecke brauchen. Das gilt auch für von uns eingesetzte Dienstleister und Erfüllungsgehilfen. Personenbezogene Daten werden von uns an Dritte nur übermittelt, wenn dies für die vorgenannten Zwecke erforderlich ist oder Sie zuvor eingewilligt haben.

Quelle der personenbezogenen Daten und ggf. ob sie aus öffentlich zugänglichen Quellen stammen

Grundsätzlich verarbeiten wir nur Daten, die wir von Ihnen erhalten. Daten aus anderen Quellen werden weder erhoben noch verarbeitet.

Speicherung und Löschung

Ihre personenbezogenen Daten werden nur gespeichert, solange die Kenntnis der Daten für die Zwecke, für die sie erhoben worden sind, erforderlich sind oder gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsvorschriften bestehen. In der Regel erfolgt eine Löschung nach sechs Monaten.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht:

- Gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über
 - die Verarbeitungszwecke,
 - die Kategorien der personenbezogenen Daten,
 - die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden,
 - die geplante Speicherdauer,
 - das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch,
 - das Bestehen eines Beschwerderechts,
 - die Herkunft Ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden
- Gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen
- Gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.
- Gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben.
- Gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Unternehmenssitzes wenden.

Widerspruch bei Einwilligung

Gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen. Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an: empfang@residenza-muechen.de.

Widerspruch gem. Art 21 DS GVO

Gemäß Art. 21 DS GVO können Sie jederzeit gegen eine Verarbeitung widersprechen, die für die Wahrnehmung in öffentlichem Interesse oder in Ausübung öffentlicher Gewalt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde (Art 6 e DS GVO) erfolgt oder einer Verarbeitung aus berechtigtem Interesse des Verantwortlichen (Art. 6 f DS GVO), wenn sich dieser Widerspruch aus Ihrer besonderen Situation ergibt, es sei denn, der Verantwortliche kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an empfang@residenziamuechen.de.

Im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die zum 25. Mai 2018 für alle Mitgliedsstaaten der EU in Kraft getreten ist, bedarf es einer Einwilligungserklärung für die von Ihnen erhobenen Daten.

Verantwortlicher

Die Daten werden verarbeitet von den gemeinsamen Verantwortlichen gem. Art 26 DSGVO:

Residenza München Sozialbetriebe GmbH

Novi Service GmbH und

Novi Holding GmbH

Murnauer Str. 267

81379 München

Tel.: 089/780 298 0

E-Mail: info@residenza-muenchen.de

Website: <http://www.residenza-muenchen.de/>

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist Herr Fritz Spaeder. Der Datenschutzbeauftragte ist zu erreichen unter: dsb@residenza-muenchen.de

Verwendungszweck

Wir benötigen Ihre Daten, um sie ggf. über die Situation Ihres Angehörigen informieren zu können.

Art der Daten

Für die Verarbeitung benötigen wir folgende Daten:

- Name
- Kontaktdaten (wenigstens Telefonnummer, ggf. auch E-Mailadresse)

Weitergabe der Daten

Die Daten werden im Rahmen der Verarbeitung nur intern weitergegeben. Nur im Ausnahmefall (z.B. Einlieferung ins Krankenhaus, Vermisstenmeldung) werden Ihre Kontaktdaten an Dritte weitergegeben.

Erklärung

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der Verwendung der genannten Daten für die oben beschriebene Zwecke.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Einwilligung freiwillig ist. Zusätzliche Nutzungen bedürfen einer erneuten Einwilligung.

Meine Einwilligung ist widerruflich. Die bis zu meinem Widerruf erfolgte Verarbeitung wird hiervon nicht berührt. Ich kann jederzeit die von mir gegebene Einwilligung widerrufen. Hierzu genügt eine formlose schriftliche Erklärung an oben genannte Adresse.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht Auskunft über die von Ihnen erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten sowie das Recht auf Berichtigung, sollten die Daten nicht korrekt oder zutreffend gespeichert worden sein. Ebenfalls haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten („Recht auf Vergessen“) oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, soweit keine gesetzlichen Regelungen anderes verlangen. Sie haben das Recht der Erhebung und (Weiter-)Verarbeitung der Daten für die Daten, für die Sie eine Einwilligung erteilt haben jederzeit zu widersprechen. Der Widerspruch kann durch ein formloses Schreiben unter Angabe Ihrer Namens und des betreffenden Bearbeitungszwecks entweder unter der obigen Postadresse oder einfach durch Abgabe am Empfang oder Wohnbereich erfolgen. Sie haben das Recht sich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift

Erstinformation Betreuer

Verantwortlicher

Die Daten werden verarbeitet von den gemeinsamen Verantwortlichen gem. Art 26 DSGVO:
Residenzia München Sozialbetriebe GmbH
Novi Service GmbH und
Novi Holding GmbH
Murnauer Str. 267
81379 München
Tel.: 089/780 298 0
E-Mail: info@residenzia-muenchen.de
Website: <http://www.residenzia-muenchen.de/>

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist Herr Fritz Spaeder.
Der Datenschutzbeauftragte ist zu erreichen unter: dsb@residenzia-muenchen.de

Zweck

Die zu erhebenden Daten werden zum Zwecke der Abwicklung des Einrichtungsvertrages Ihres Betreuten verarbeitet, der im Rahmen der Aufnahme mit dem Betreuten geschlossen wird.

Daten und Datenkategorien

- Name und Kontaktdaten
- Zahlungsdaten (Ander-, Treuhandkonto des Betreuten)
- Ggf. Daten zur Betreuung (Dauer, Anordnung etc.)

Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist der mit dem Bewohner geschlossene Einrichtungsvertrag.

Speicherung und Löschung

Die Daten werden für die Dauer der geltenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten mittels einer Dokumentationssoftware auf dem hausinternen Server gespeichert. Nach Ablauf dieser Pflichten werden die Daten gelöscht. Die physischen Bewohnerakten, in welchen die Betreuerdaten abgelegt sind, werden zur Abwehr von Haftungsansprüchen Dritter für einen Zeitraum von 30 Jahren aufbewahrt. Diese Daten sind jedoch faktisch gesperrt (gesondert gesichertes Archiv, Zugriff auf eine verantwortliche Person und ihren Vertreter beschränkt).

Weitergabe an Dritte

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur, soweit es zur Zweckerfüllung erforderlich ist. Hierzu gehören:

- Ärzte
- Krankenhäuser
- Apotheke
- MDK und FQA im Rahmen von Qualitätsprüfungen (nur Einsichtnahme nach Einwilligung)
- MDK im Rahmen der Ermittlung des Pflegegrades
- Ggf. Polizei (Vermisstenmeldung)
- Ggf. Bezirk Oberbayern

- Ggf. weiterführende Einrichtungen

Die Bereitstellung der hier zu erhebenden personenbezogenen Daten sind für die Durchführung des Einrichtungs-Vertrages zwischen Ihrem Betreuten und der Residenza München Sozialbetriebe GmbH erforderlich. Ohne die Bereitstellung dieser Daten können wir den Versorgungsvertrag mit Ihrem Betreuten nicht durchführen.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht Auskunft über die von Ihnen erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten sowie das Recht auf Berichtigung, sollten die Daten nicht korrekt oder zutreffend gespeichert worden sein. Ebenfalls haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten („Recht auf Vergessen“) oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, soweit keine gesetzlichen Regelungen anderes verlangen oder die Daten im Rahmen der Zweckerfüllung benötigt werden.

Sie haben das Recht sich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt.

Im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die zum 25. Mai 2018 für alle Mitgliedsstaaten der EU in Kraft getreten ist, bedarf es einer Einwilligungserklärung für die von Ihnen erhobenen Daten.

Verantwortlicher

Die Daten werden verarbeitet von den gemeinsamen Verantwortlichen gem. Art 26 DSGVO:

Residenzia München Sozialbetriebe GmbH

Novi Service GmbH und

Novi Holding GmbH

Murnauer Str. 267

81379 München

Tel.: 089/780 298 0

E-Mail: info@residenzia-muenchen.de

Website: <http://www.residenzia-muenchen.de/>

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist Herr Fritz Spaeder. Der Datenschutzbeauftragte ist zu erreichen unter: dsb@residenzia-muenchen.de

Verwendungszweck

Die zu erhebenden Daten werden zum Zwecke der Durchführung des Behandlungsvertrages zwischen behandelndem Arzt und Bewohner erhoben.

Art der Daten

Für die Verarbeitung benötigen wir folgende Daten:

- Name und Adresse
- Kontaktdaten (wenigstens Telefonnummer, ggf. auch E-Mailadresse)

Ggf. Weitergabe der Daten

Die Daten werden im Rahmen der Verarbeitung nur intern weitergegeben. Nur im Ausnahmefall (z.B. Einlieferung ins Krankenhaus) werden Ihre Kontaktdaten an Dritte weitergegeben. Sollte der Bewohner die Einrichtung verlassen, werden die Daten ggf. an die neue Einrichtung weitergegeben.

Erklärung

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der Verwendung der genannten Daten für die oben beschriebenen Zwecke.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Einwilligung freiwillig ist. Zusätzliche Nutzungen bedürfen einer erneuten Einwilligung.

Meine Einwilligung ist widerruflich. Die bis zu meinem Widerruf erfolgte Verarbeitung wird hiervon nicht berührt. Ich kann jederzeit die von mir gegebene Einwilligung widerrufen. Hierzu genügt eine formlose schriftliche Erklärung an oben genannte Adresse.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht Auskunft über die von Ihnen erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten sowie das Recht auf Berichtigung, sollten die Daten nicht korrekt oder zutreffend gespeichert worden sein. Ebenfalls haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer Daten („Recht auf Vergessen“) oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, soweit keine gesetzlichen Regelungen anderes verlangen. Sie haben das Recht der Erhebung und (Weiter-) Verarbeitung der Daten für die Daten, für die Sie eine Einwilligung erteilt haben jederzeit zu widersprechen. Der Widerspruch kann durch ein formloses Schreiben unter Angabe Ihrer Namens und des betreffenden Bearbeitungszwecks entweder unter der obigen Postadresse oder einfach durch Abgabe am Empfang oder Wohnbereich erfolgen. Sie haben das Recht sich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten rechtswidrig erfolgt.

Ort, Datum

Arztpraxis (Druckschrift)

Unterschrift

RESIDENZIA München Sozialbetriebe GmbH, Murnauer Str. 267, 81379 München

Einwilligungserklärung

Ich(Vorname, Name) geboren am(Geburtsdatum)
bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt zum Zwecke der Dokumentation und der
weiteren Behandlung Angaben zu Diagnosen und zur Therapie an Mitarbeiter der **Residenza
München Sozialbetriebe GmbH**, Murnauer Straße 267, 81379 München weiter leitet.

Zudem willige ich einer Übermittlung meiner Daten durch den behandelnden Arzt an Mitarbeiter der
Kaiser-Apotheke, Kufsteiner Straße 16, 83088 Kiefersfelden zur Sicherstellung der medikamentösen
Versorgung ein.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen
kann.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift (Bewohner)

.....

Unterschrift (Betreuer)

Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Daten über K+ - Apotheken

Ich bin darüber informiert worden, dass K+ Kaiser-Apotheke Leistungen anbieten, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird K+ Kaiser-Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kaiser-Apotheke in Kiefersfelden die Arzneimittelverblisterung und Medikamentenbelieferung übernimmt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die dafür notwendig und die daraus gewonnenen Erkenntnisse bei K+ Kaiser-Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Da die Apothekerin / der Apotheker und ihr/sein Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker/ meine Apothekerin mit diesem Kontakt aufnimmt.

Selbstverständlich kann ich jederzeit und kostenfrei Einsicht über meine Daten erhalten und selbst entscheiden welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter