

	Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in das Seniorenzentrum	Geltungsbereich: Seniorenzentrum
Wer stellte diesen Antrag? (Name, Anschrift, in welcher Eigenschaft)		
Durch wen oder wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam gemacht?		

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Residenzia München Sozialbetriebe GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir /uns gemachten Angaben zu prüfen.

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch und werden vertraulich behandelt.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten

	Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in das Seniorenzentrum	Geltungsbereich: Seniorenzentrum
---	---	-------------------------------------

1. Anmeldung zur Heimaufnahme in den Pflegebereich

Gewünschtes Einzugsdatum:
Das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragsteller noch für die Residenzia München Sozialbetriebe GmbH eine verbindliche Zusage dar.

Gewünschte Unterbringung: ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer (nur beschützender Bereich)

<u>Persönliche Angaben des Antragstellers</u>		
Name, Vorname:		
Geburtsname:	geboren am:	
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	Konfession:	
Straße und Hausnummer:		
PLZ und Wohnort:		
Telefon:		
Seit wann ist dies Ihr Hauptwohnsitz? - Datum:		
Bei einem Wohnungswechsel vor weniger als 2 Jahren, bitte hier die frühere Adresse angeben!		
Straße und Hausnummer:		
PLZ und Wohnort:		
Schwerbehindertenausweis:	☐ NEIN	☐ JA / Grad %
Kostform:	☐ Normalkost ☐ Diät	☐ sonstiges:
Derzeitiger Aufenthalt:	☐ Krankenhaus	☐ zu Hause
	☐ Reha	☐ sonstiges:

<u>Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner</u>	
Name, Vorname:	
Verwandtschaftsverhältnis:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	
Telefon:	Mobil-Nr.:
E-Mail-Adresse:	

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

Name, Vorname: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter
Bitte Kopie des Betreuerausweises oder des Antrags auf Betreuungsverfahren bzw. Vollmacht beifügen.

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Behandelnder Arzt

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____

Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____

Versicherung
Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrags auf Pflegeleistungen beifügen.

Pflegekasse: _____ ☐ gesetzlich ☐ privat

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Zuzahlungsbefreiung von Rezeptgebühren: ☐ JA ☐ NEIN
Bitte Bescheid unbedingt beilegen!

Versicherung
Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrags auf Pflegeleistungen beifügen.

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit wann? _____

Beihilfeberechtigt: ☐ NEIN ☐ JA

☐ kein Pflegegrad ☐ Pflegegrad wurde beantragt, am _____

☐ Schnelleinstufung wurde beantragt Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ Zusätzliche Betreuungsleistung nach SGB XI §53c ☐ JA ☐ NEIN
Bitte Bescheid unbedingt beilegen!

Freiheitsentziehende Maßnahmen

☐ Unterbringungsbeschluss zur Unterbringung in einer beschützenden Einrichtung

Beschluss des Amtsgericht vom _____ Aktenzeichen _____

☐ sonstige Beschlüsse
Entsprechende Bescheide bitte unbedingt beilegen!

☐ Bettgitter

☐ Bauchgurt im Bett

☐ Sicherheitsgurt am Rollstuhl / Stuhl

Finanzielle Angelegenheiten (monatliches Einkommen / Rente)
Bitte Kopie des aktuellen Rentenbescheids und/oder Girokontoauszug mit ersichtlichem Zahlungseingang.

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

Kostenübernahmeregulung
Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrags auf Kostenübernahme beifügen.

Selbstzahler: ☐ JA ☐ NEIN Beihilfeberechtigt: ☐ JA ☐ NEIN
(Eigenanteil wird selbst aufgebracht)

Andere Kostenträger: _____

Vorläufige Kostenübernahme - Bescheid des Trägers liegt vor: ☐ JA ☐ NEIN

Datum/Aktenzeichen: _____

2. Ärztlicher Fragebogen

- zur Entscheidung über die Heimaufnahme
- zur Kostenregelung durch den Sozialhilfeträger

Mit der Weitergabe der nachstehenden notwendigen Informationen bin ich einverstanden

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten

Name, Vornamen (Patient): _____

Geburtsname: _____ geboren am: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Wird der Patient von Ihnen im Heim weiterbehandelt? ☐ JA ☐ NEIN

Diagnosen: Bitte um genaue Auflistung der medizinischen Diagnosen als Anhang.

Die wichtigsten Hauptdiagnosen.

(bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ Suchterkrankung? ☐ NEIN ☐ JA / Welche? _____

Seit wann? _____

☐ geistig-seelische Behinderung oder Störung?

☐ NEIN ☐ JA / Welche? _____

Seit wann? _____

Ist der Patient von ansteckenden Krankheiten befallen? (bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ HIV ☐ NEIN ☐ JA

☐ MRSA ☐ NEIN ☐ JA / Wo? _____

☐ 3 MRNG ☐ NEIN ☐ JA / Wo? _____

☐ 4 MRNG ☐ NEIN ☐ JA / Wo? _____

☐ Hepatiden ☐ NEIN ☐ JA / Welche? _____

☐ Tbc ☐ NEIN ☐ JA

Medikamente: Bitte um genaue Auflistung der aktuellen Medikamente als Anhang.

Bestätigung / Nachweis durch Hausarzt über verordnete Arzneimittel ist notwendig.

Orientierung:

Zur Person: _____ Zur Zeit: _____ Zur Situation: _____ Zum Ort: _____

Beurteilung: JA / NEIN / zeitweise = zw

Kommunikation: Sprachliche Barrieren? (bitte zutreffendes ankreuzen)

Sprechen ☐ keine Einschränkung ☐ Einschränkung / Welche? _____

Hören ☐ keine Einschränkung ☐ Einschränkung / Welche? _____

Sehen ☐ keine Einschränkung ☐ Einschränkung / Welche? _____

Mobilität: Kontrakturen? ☐ JA ☐ NEIN / Wo?:

Personelle Unterstützung ist bei folgenden Tätigkeiten notwendig? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Hilfe beim Aufstehen / zu Bett Gehen
☐ Umlagern ☐ Ist der Patient bettlägerig? ☐ NEIN ☐ JA ☐ gelegentlich
☐ Ankleiden ☐ Entkleiden
☐ Gehen ☐ Stehen / Transfer (z.B. in den Rollstuhl oder ins Bett)
☐ Begleitung außerhalb des Hauses ☐ JA ☐ NEIN
Hilfsmittel nötig? ☐ NEIN ☐ JA / Welche? _____
☐ Ist der Patient nachts unruhig? ☐ JA ☐ NEIN

Ausscheidung: Inkontinenz? ☐ JA ☐ NEIN / Was? ☐ Harn ☐ Stuhlgang (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Toilettengänge ☐ selbstständig ☐ personelle Unterstützung
☐ Dauerkatheter wechseln / Wann?: _____
☐ Stomabeutel leeren / wechseln / Wann?: _____

Körperpflege: Hautbeschaffenheit? ☐ normal ☐ Besonderheiten: _____ Wunden? ☐ NEIN ☐ JA, Wo?

Personelle Unterstützung ist bei folgenden Tätigkeiten notwendig? (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Körperwäsche / Baden / Duschen ☐ Zahnpflege / Zahnprothese ☐ Kämmen ☐ Rasur

Kann durch ambulante Hilfe die Heimaufnahme vermieden werden? ☐ NEIN ☐ JA, durch welche?

Wurden derartige Maßnahmen eingeleitet? ☐ NEIN ☐ JA, durch welche ambulanten Anbieter?

Kann die fachgerechte Versorgung nur im Heim geleistet werden, weil ambulante Hilfe nicht ausreicht? ☐ JA ☐ NEIN ☐ dauernd ☐ vorübergehend

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

3. 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 Lungentuberkulose-erkrankung anstecken, stelle ich die Einrichtung, **Residenzia München Sozialbetriebe GmbH**, von eventuellen Schadensersatzansprüchen frei.

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Datum		Unterschrift	

Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r		Unterschrift	
------------------------------------	--	--------------	--

4. Zur Information

Bitte denken Sie an folgende Unterlagen:

- | | |
|---|---|
| ■ die Anmeldung zur Heimaufnahme im Original | ■ Gesundheitskarte |
| ■ ärztlicher Fragebogen im Original | ■ Schwerbehindertenausweis |
| ■ Erklärung zum Infektionsschutz im Original | ■ Personalausweis (Kopie) bzw. Bestätigung der Ausweisbefreiung (Kopie) |
| ■ Schreiben über bewilligten Pflegegrad oder Schnelleinstufungsbescheid (Kopie) | ■ Antrag auf Pflegeleistung für vollstationäre Pflege (Kopie) |
| ■ aktueller Rentenbescheid und sonstige Belege zu Einkommens- und Vermögenswerten (Kopie / Girokontoauszug) | ■ Schreiben über bewilligte Kurzzeitpflege oder Antrag auf Kurzzeitpflege (Kopie) |
| ■ Bescheid über Kostenübernahme des Bezirks Oberbayern oder Antrag auf Kostenübernahme an den Bezirk Oberbayern (Kopie) | ■ Betreuerausweis (Kopie) |
| ■ Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung (Kopie) | ■ polizeiliche An-/Ab- bzw. Ummeldung |
| ■ richterlicher Beschluss für das Wohnen im beschützenden Wohnbereich (bei Selbst- und Fremdgefährdung, Weglauftendenz) | ■ Zuzahlungsbefreiung von Rezeptgebühren |
| ■ richterlicher Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Bauchgurt, Vorsatztisch, etc.) | ■ Angaben über die Vorsorge im Todesfall |

Wichtige Adressen:

- **Antrag auf Pflegeleistung (Pflegegrad)**
bei ihrer Kranken-/Pflegekasse
- **Informationen zu Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung**
Sozialreferat Betreuungsstelle
Mathildenstraße 3a in 80336 München
Tel.: 089-23 32 62 55 / Fax: 089-23 32 50 56
E-Mail: betreuungsstelle.soz@muenchen.de
Web: <http://www.muenchen.de/betreuungsstelle>
- **Antrag für Betreuung und richterliche Unterbringungsbeschluss**
Amtsgericht München – Betreuungsgericht
Linprunstraße 22 in 80335 München
Tel.: 089-55 97 06 / Fax: 089-55 97 49 00
Web: <https://www.justiz.bayern.de>
- **Antrag auf Kostenübernahme für einen Pflegeplatz an den Bezirk Oberbayern**
Bezirk Oberbayern
Prinzregentenstraße 14 in 80538 München
Tel.: 089-21 98 2 10 10 / Fax: 089-21 980 52 10 10
Web: <http://www.bezirk-oberbayern.de>

Erstinformation Bewohnerdaten

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 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 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 Residenzia 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.

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 Sie 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@residenzia-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@residenzia-muechen.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:

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

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

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 **Residenzia 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

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 ≥ 60 Jahre und Personen in stationären Einrichtungen)
- ☐ Diphtherie (Grundimmunisierung wird für alle Personen empfohlen)
- ☐ FSME – Zeckenschutzimpfung
- ☐ Hepatitis A (empfohlen für Personen in stationären Einrichtungen)
- ☐ Herpes Zoster (empfohlen für Person ≥ 60 Jahre)
- ☐ Influenza (empfohlen für Person ≥ 60 Jahre und Personen in stationären Einrichtungen)
- ☐ Masern (empfohlen für Personen in stationären Einrichtungen)
- ☐ Pneumokokken (empfohlen für Person ≥ 60 Jahre und Personen mit chronischen Erkrankungen)
- ☐ Tetanus (Grundimmunisierung wird für alle Personen empfohlen)

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)

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



Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben¹.

Vertragsparteien sind:

Apotheke		Versicherte(r)	
Name und Anschrift	Kaiser-Apotheke Kufsteiner Str. 16 83088 Kiefersfelden	Name, Vorname Geburtsdatum	
Apothekeninhaber/in	Josef u. Lukas Böhm	Name des Pflegeheims/-diensts	

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoüberprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Interaktionen und Anwendungsprobleme erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit dem Arzt/der Ärztin, mit dem/der Versicherten und den Pflegefachkräften des Pflegeheims/-diensts besprochen und Lösungen vereinbart. Der/die Versicherte und die Pflegefachkräfte des Alten- & Pflegeheims erhalten einen aktuellen und risikogeprüften Medikationsplan. Der/die Versicherte befindet sich im Pflegeheim/dienst und damit in ambulanter, häuslicher Versorgung nimmt aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa) in der Dauermedikation ein bzw. wendet diese an. Der/die Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der/die Versicherte und die Pflegefachkräfte des Alten- & Pflegeheims sichern zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Medikation, der Erkrankungen sowie ggf. relevanter Laborwerte zum Beispiel aus aktuellen Arzt- und Entlassbriefen. Die Angaben des/der Versicherten und seine/ihre Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen, welche bei erstmaliger Erbringung durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung und bei wiederholter Erbringung anlässlich der Quittierung erfolgt, sind Grundlage der Erbringung der pDL durch die Apotheke. Für Rücksprachen mit einem Arzt/einer Ärztin ebenso wie für die Übersendung des Ergebnisberichts an die behandelnden Ärzt*innen entbindet der Patient/die Patientin die Heilberufler*innen von der Schweigepflicht. Der/die Versicherte kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann diese grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei erheblichen Umstellungen (definiert als mindestens 3 neue/andere systemisch wirkende Arzneimittel/Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation) erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Der/die Versicherte bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

☐ Ich bin einverstanden, dass die Apotheke meine Kontaktdaten dazu verwendet, mich über weitere Möglichkeiten der Inanspruchnahme pharmazeutischer Dienstleistungen zu informieren (z.B. über die erneute Erbringung der pDL nach Ablauf von 12 Monaten). Ich kann diese Einwilligung gegenüber der Apotheke jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten/gesetzlichen Vertreter*in

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

¹ Langfassung liegt zur Einsicht in der Apotheke aus.