

Person (Name, Anschrift, Rufnummer)

Pflegeüberleitung (Teil 4 / von 5)  
Einverständniserklärung\*  
Kreis Viersen – Pflegekonferenz  
Stand: Dezember 2008

Auszufüllen von: Pflegeinstitution/Arzt/Krankenhaus

**An:**

Krankenhaus  amb. Pflegedienst  Reha  Pflegeheim\*  Sonstige

**Name:**

(Unzutreffendes bitte auf Wunsch streichen)

**Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Versorgung / meinen Aufenthalt erforderlichen verwaltungsrelevanten und medizinisch-pflegerischen Daten**

von Name der Einrichtung / Adresse / Stempel

**erhoben und dokumentiert werden.**

**Ich bin damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten**

**Stammblatt (1)**

**Ärztlicher Kurzbrief (2)**

**Pflegefachlicher Kurzbrief (3)**

**zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zur Gewährleistung der ganzheitlichen Versorgung**

**dem behandelnden Arzt**

**dem Krankenhaus**

**dem MDK**

**dem gewählten Pflegedienst**

**der gewählten Pflegeeinrichtung**

**dem Sozialhilfeträger**

**übersandt werden.**

**Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können je nach Adressat des Widerrufs Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile entstehen.**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Versicherten / der/des gesetzlichen Vertreters/in)

\* Die Einwilligung ist für die jeweilige Person / Institution getrennt auszufüllen.