

Name des geprüften ambulanten Betreuungsdienstes: _____

Prüfungsnummer: _____

Name der versorgten Person: _____ geb.: _____

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen prüft und bewertet die Careproof GmbH - Der Prüfdienst der PKV - die Leistung und die Qualität von ambulanten Betreuungsdiensten. Dies ist gemäß §§ 114 und 114a SGB XI gesetzlich vorgeschrieben.

Die Prüfer ermitteln, ob die vertraglichen und gesetzlichen Leistungs- und Qualitätsanforderungen durch die ambulanten Betreuungsdienste erfüllt werden. Hierzu werden auch versorgte Personen besucht. Diese werden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt.

Die Zufallsauswahl ist auf Sie gefallen. Wir bitten Sie daher um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Prüfung. Unser Besuch steht nicht im Zusammenhang mit Ihrem Pflegegrad, sondern dient ausschließlich der Prüfung der Qualität und der Richtigkeit der von dem ambulanten Betreuungsdienst erstellten Abrechnungen.

Hierzu möchten wir Ihre Dokumentation und die Rechnungslegung des ambulanten Betreuungsdienstes einsehen, um zu überprüfen, ob der ambulante Betreuungsdienst die Abrechnungen fehlerfrei erstellt hat. Eventuell kann es bei dieser Prüfung erforderlich sein, dass unsere Prüfer Sie befragen.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung werden in einem Prüfbericht zusammengefasst. Die erhobenen Daten werden dazu gespeichert, verarbeitet und nur im Rahmen der gesetzlichen Befugnisse und Beschränkungen weitergeleitet. Dabei werden Ihre persönlichen Daten anonymisiert. Sollten während der Prüfung Unregelmäßigkeiten bezüglich der Abrechnung der Leistungen festgestellt werden, so müssen unsere Prüfer Kopien der betreffenden Unterlagen erstellen und an Ihre Pflegekasse weiterleiten. Diese Vorgehensweise liegt auch in Ihrem Interesse, um mögliche Unregelmäßigkeiten zu klären.

Ihre Teilnahme an der Prüfung ist freiwillig, aus einer Ablehnung der Teilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Einwilligungserklärung

Name des geprüften ambulanten Betreuungsdienstes: _____

Prüfungsnummer: _____

Name der versorgten Person: _____ geb.: _____

Die Careproof GmbH - Der Prüfdienst der PKV - hat mich über den Zweck, Umfang und die Reichweite meiner Einwilligung und ihrer datenschutzrechtlichen Relevanz aufgeklärt. Ich bin über den Grund der Einsicht in die Dokumentation sowie die Prüfung der Abrechnungen des ambulanten Betreuungsdienstes und den Umfang meiner Einwilligung informiert worden.

Hierdurch erkläre ich meine Einwilligung zu den für die Durchführung einer Qualitätsprüfung erforderlichen und meiner Mitwirkung bedürftenden Maßnahmen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Einwilligenden

.....
Unterschrift Mitarbeiter Prüfdienst

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit formlos widerrufen.

Careproof GmbH
Der Prüfdienst der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Tel.: 0221 / 9987 2920
Fax: 0221 / 9987 2999
E-Mail: pruefdienst@careproof.eu