

Name der geprüften teilstationären Pflegeeinrichtung: _____

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 teilstationären Pflegeeinrichtungen. Dies ist gemäß §§ 114 und 114a SGB XI gesetzlich vorgeschrieben.

Die Prüfer ermitteln, ob die vertraglichen und gesetzlichen Leistungs- und Qualitätsanforderungen durch die teilstationäre Pflegeeinrichtung 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 Pflegequalität.

Hierzu möchten wir die Pflegedokumentation einsehen. Zur Prüfung gehört ebenfalls eine Inaugenscheinnahme Ihres gesundheitlichen und pflegerischen Zustandes. Der Schutz Ihrer Intimsphäre wird dabei selbstverständlich gewahrt.

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.

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

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Einwilligungserklärung

Name der geprüften teilstationären Pflegeeinrichtung: _____

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 Inaugenscheinnahme und Einsicht in die Pflegedokumentation und den Umfang meiner Einwilligung informiert worden.

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