



Datenschutz: Bestätigung und Zustimmung der Klientinnen und Klienten

Adresse

Name:..... Vorname:.....
Straße:..... Nummer:.....
PLZ:..... Ort:.....

Bestätigung

Ich bestätige, das „Merkblatt über den Datenschutz für Klientinnen und Klienten“ erhalten zu haben und über meine Datenschutzrechte aufgeklärt worden zu sein.

Zustimmung zur Weitergabe von Daten

Ich ermächtige die SPITEX-Organisation, im laufenden Pflege- und Betreuungsverhältnis, längstens aber für 2 Jahre, Klientendaten an folgende Personen weiterzugeben und diese Personen im Bedarfsfall über die Hilfe und Pflege zu informieren (z.B. Hausärztin/Hausarzt, Psychiaterin/Psychiater und weitere berechtigte Personen, usw.):

.....
.....
.....

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Reanimation Ja Nein

Ist eine Patientenverfügung vorhanden Ja Nein

Unterschriften

Mit nachfolgender Unterschrift bestätige ich die oben aufgeführten Punkte und erteile die Zustimmung zur Weitergabe von Daten an die oben aufgeführten Personen

Datum: Unterschrift:

Protokollarische Bescheinigung

Die unterzeichnende SPITEX-Angestellte bestätigt, das „Merkblatt über den Datenschutz für Klientinnen und Klienten“ von oben genannter Person erhalten zu haben:

Vorname, Name:

Datum: Unterschrift: