

## Einwilligung in die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten)

### Kunde / Versicherte Person:

Name

---

Anschrift

---

PLZ, Ort

---

Geburtsdatum

---

Ich willige ein, dass Alltagszeit die für die Planung und Durchführung der Unterstützungsleistungen erforderlichen Gesundheitsdaten (z. B. Pflegegrad, Diagnosen und Einschränkungen in Stichworten, ärztliche Hinweise, etc.) verarbeitet.

Zweck: individuelle Leistungserbringung, Sicherheit, Abrechnung.

Widerruf: jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich; die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

- Ich erteile die Einwilligung  
 Ich verweigere die Einwilligung

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde / gesetzl. Vertreter

Nachweis beigelegt (sofern zutreffend):

- Betreuerausweis  Sorgerechtsausweis  Vollmacht (Datum: \_\_\_\_\_ )