

 MERZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG RHEINLAND-PFALZ	Qualitätsprüfung des MDK nach §§ 114 ff SGB XI - stationär - zum Verbleib beim MDK Rheinland-Pfalz	Seite: 1/3 Stand: 05/2018
--	--	------------------------------

Einwilligung zur Teilnahme an der Qualitätsprüfung

Name der Einrichtung	
Prüfdatum	Auftrags-Nr.
Name	
Geburtsdatum	Pflegegrad

Jedes Jahr wird in Pflegeeinrichtungen gem. §§ 114, 114 a SGB XI eine Qualitätsprüfung durchgeführt.

Die Prüfer ermitteln, ob die Pflegeeinrichtungen die vertraglichen und gesetzlichen Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllen. Hierfür befragen sie auch Pflegebedürftige und überprüfen ihren gesundheitlichen und pflegerischen Zustand. Die Pflegebedürftigen, die an der Qualitätsprüfung teilnehmen, werden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Diese Zufallsauswahl ist auf Sie gefallen. Wir bitten Sie daher um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Prüfung.

Die Prüfer begutachten die Gegebenheiten in der Pflegeeinrichtung und die Abläufe bei der Pflege. Darüber hinaus befragen sie Sie zu Ihrer Zufriedenheit mit Ihrer Pflegeeinrichtung und führen eine Inaugenscheinnahme bei Ihnen durch. Diese umfasst Aspekte der Pflege, Mobilität, Wundbehandlung, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Körperpflege sowie den Umgang mit Demenz. Der Schutz Ihrer Intimsphäre wird dabei selbstverständlich gewahrt. Im Anschluss an Ihre Befragung und Inaugenscheinnahme wird Ihre Pflegedokumentation eingesehen. Angefertigte Kopien aus Pflegedokumentationen werden nach Abschluss des Verfahrens vernichtet. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung werden in einem Prüfbericht zusammengefasst. Die für die Inaugenscheinnahme von Ihnen erfassten personenbezogenen Daten, wie Name, Alter, Geburtsdatum, erscheinen im Prüfbericht ausschließlich in anonymisierter Form. Werden im Rahmen der Überprüfung der Einrichtung schwerwiegende Mängel festgestellt, erfolgt hierzu eine Informationsweiterleitung des Medizinischen Dienstes an die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen (§ 97 Abs. 1 S.2 SGB XI in Verbindung mit § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X).

Ich gebe hiermit

- den Mitarbeitern/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz im Rahmen der Pflegequalitätsprüfung nach §§ 114 ff SGB XI**
- dem Auditor des MDK _____/ PKV-Prüfdienstes im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (Name: _____)

meine **Einwilligung** für:

- das **Betret**en meiner Wohnräume,
- die **Inaugenscheinnahme** meines gesundheitlichen und pflegerischen Zustands,
- die **Einsichtnahme** in meine Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,
- die **Befragung** meiner Person, der Beschäftigten der Einrichtung, meines Betreuers meiner Angehörigen, sowie der Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner
- die damit jeweils zusammenhängende **Verarbeitung** meiner personenbezogenen Daten einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.

Die Teilnahme an der Inaugenscheinnahme, die Befragung, die Einsichtnahme in Ihre Pflegedokumentation sowie die Datenverarbeitung ist freiwillig.

Das Ergebnis der Inaugenscheinnahme hat keinen Einfluss auf Ihren Pflegegrad. Sollten Sie sich nicht einverstanden erklären, werden Ihnen daraus keine Nachteile entstehen.

Die zu Ihrer Person erhobenen Daten werden gemäß SGB XI § 97 nach 5 Jahren gelöscht.

Sie können Ihre Einwilligung hierzu jederzeit widerrufen. Dieser Widerruf gilt nur für die zukünftige Nutzung Ihrer Daten.

MDK Rheinland-Pfalz, Externe QS in Pflegeeinrichtungen, Albiger Straße 19d, 55232 Alzey (Der Widerruf ist gegenüber dem MDK Rheinland-Pfalz zu erklären.)

Ort/Datum

Versicherter/gesetzliche/r Betreuer/in oder
Bevollmächtigte/r

Durch den/die gesetzliche(n) Betreuer/in oder Bevollmächtigte(n)

_____ erfolgte

Name, Vorname

- taggleich die Bestätigung der Einwilligung in Textform (siehe Anlage).
- die mündliche Einwilligung, da nach Angaben des/der gesetzlichen Betreuers/in oder Bevollmächtigten eine Einwilligung in Textform taggleich nicht möglich war.

Der/die Versicherte ist bzw. hat nach Angaben des Einrichtungsvertreeters:

- einwilligungsfähig
- einwilligungsfähig, ist jedoch physisch nicht in der Lage, eine Unterschrift zu leisten.
- einen Betreuer
- einen Vorsorgebevollmächtigten

Ort/Datum

Unterschrift Mitarbeiter/in der Pflegeeinrichtung

Unterschrift Mitarbeiter/in MDK

Bemerkungen: