**Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten**

Für die Durchführung unserer ehrenamtlichen Arbeit sowie zum Zweck der Dokumentation und der Qualitätssicherung speichern wir Namen und Kontaktdaten der von uns begleiteten Personen sowie von nahestehenden Angehörigen. Die Erhebung dieser Daten erfolgt auf der Rechtsgrundlage des Artikels 6 Abs. 1 lit. c und f Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir erklären hiermit ausdrücklich, dass wir die erhobenen Daten – mit der unten beschriebenen Ausnahme – Dritten nicht zugänglich machen. Unsere Mitarbeiter\*innen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

**Daten für Ihre Krankenkasse**

Um Fördermittel gemäß § 39a Abs. 2 SGB V beantragen zu können, müssen ambulante Hospizdienste einige Daten an die Krankenkassen weiterleiten.

**Einwilligung nach Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

Ich bin damit einverstanden, dass ausschließlich folgende Daten zum Zweck der Beantragung von Fördermitteln gemäß § 39a Abs. 2 SGB V durch den ambulanten Hospizdienst an meine Krankenkasse weitergegeben werden:

Name: ………………........... Vorname: …………………… Geburtsdatum: ………………..

* Gesetzliche Krankenkasse ......................................................................
* Private Krankenversicherung ......................................................................
* Beihilfestelle ......................................................................
* Beihilfe- u. Personalnummer ................................. / .................................
* Beihilfeberechtigte Person ......................................................................

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Die vollständigen Hinweise zum Datenschutz gemäß Artikel 13 DSGVO stehen unter

[*https://www.igsl.de/images/downloads/Datenschutz/IGSL-Informationspflicht.pdf*](https://www.igsl.de/images/downloads/Datenschutz/IGSL-Informationspflicht.pdf)
zur Verfügung.

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

Ort, Datum Unterschrift Patient\*in / Betreuer\*in /
 Bevollmächtigte\*r

 …………………………………………………..

 Unterschrift Mitarbeiter\*in Hospizdienst