

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Name: _____ Vorname: _____

Ich gebe mein Einverständnis, dass:	ja	nein
mein Name auf der Liste „Pfortenliste“ im Eingangsbereich geführt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ein Namensschild vor meinem Zimmer angebracht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mein Geburtstag im Hause beim Monatskaffee verlesen wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotos, auf denen ich abgebildet bin, in der Einrichtung veröffentlicht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotos, auf denen ich abgebildet bin, für die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung veröffentlicht werden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotos, auf denen ich abgebildet bin, auf der Internetseite der Einrichtung veröffentlicht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mein Geburtsdatum und ggf. die Religionszugehörigkeit an die Kirchengemeinden weitergegeben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu Ihrer Information:

Zur Sicherung des Behandlungsverlaufs bei bestehenden Wunden sind wir entsprechend dem Qualitätsmanagement dazu verpflichtet, eine fotografische Wunddokumentation zu erstellen.

Emmelshausen, den _____

 Unterschrift: Bewohner / Betreuer / Bevollmächtigter

* Im Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die selbstverständlich alle Geschlechter immer mit einschließt.

QMH 1.1 Änderungsstatus: 1	Bearbeitet von: EL, QMB	Verantwortet von: EL	Freigegeben am: 17.06.2023 Inkrafttreten am: 17.06.2023	HZ.
-------------------------------	-------------------------	----------------------	--	-----