 Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz	Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes nach §§ 114 ff SGB XI - stationär - zum Verbleib beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz	Seite: 1/4 Stand: 07/2021
--	--	------------------------------


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 Qualitäts-Prüferinnen und -Prüfer des Medizinischen Dienstes 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 teils von der Datenauswertungsstelle durch den personenbezogenen Code vorgegeben, teils nach dem Zufallsprinzip anhand der vorgegebenen Zufallszahlen ausgewählt. Die Zufallsauswahl ist auf Sie gefallen. Wir bitten Sie daher um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Prüfung.

Die Qualitäts-Prüferinnen und -Prüfer des Medizinischen Dienstes 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).

 <p>Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes nach §§ 114 ff SGB XI - stationär - zum Verbleib beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Seite: 2/4 Stand: 07/2021</p>
---	---	--------------------------------------

Ich gebe hiermit

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

meine **Einwilligung zur Teilnahme an der Qualitätsprüfung** für:

- das **Betret**en meiner Wohnräume,
- die **Inaugenscheinnahme** meines gesundheitlichen und pflegerischen Zustands,
- die **Einsichtnahme** in meine Pflegedokumentation sowie in die fallbezogenen Daten zur **Ergebniserfassung**,
- 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 **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung 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. (Der Widerruf ist gegenüber dem Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz zu erklären).

Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz, Externe QS in Pflegeeinrichtungen, Albiger Straße 19d, 55232 Alzey

Ort/Datum

Versicherte/Versicherter, gesetzliche
Betreuerin/gesetzlicher Betreuer oder
Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

 <p>Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes nach §§ 114 ff SGB XI - stationär - zum Verbleib beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Seite: 3/4 Stand: 07/2021</p>
---	---	--------------------------------------

Einwilligung durch die gesetzliche Betreuerin/den gesetzlichen Betreuer oder die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten

_____ 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.

Nach Angaben des Einrichtungsvertreeters ist der/die Versicherte:


- einwilligungsfähig
- einwilligungsfähig, ist jedoch physisch nicht in der Lage, eine Unterschrift zu leisten
- bzw. hat die Versicherte/der Versicherte:
- eine Betreuerin/einen Betreuer
- eine Vorsorgebevollmächtigte/einen Vorsorgebevollmächtigten

Ort/Datum

Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter der
Pflegeeinrichtung

Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter
Medizinischer Dienst

Bemerkungen:

 <p>Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes nach §§ 114 ff SGB XI - stationär - zum Verbleib beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz</p>	<p>Seite: 4/4 Stand: 07/2021</p>
---	---	--------------------------------------

Die Einrichtung erhebt Daten für die Berechnung von Indikatoren. Von der Datenauswertungsstelle werden personenbezogene Codes vorgegeben. Bei diesen Personen wird eine Plausibilitätskontrolle der einrichtungsseitig erhobenen Daten durchgeführt. Hier ist die Zufallsauswahl auf Sie gefallen. Wir bitten Sie daher um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Prüfung.

Ich gebe hiermit

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

meine **Einwilligung für die Teilnahme an der Qualitätsprüfung**
- Plausibilitätskontrolle Erhebungsreport - für:

- die **Einsichtnahme in meine Pflegedokumentation sowie in den Erhebungsreport (fallbezogene Daten zur Ergebniserfassung) zur Durchführung der Plausibilitätskontrolle** (Die Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle werden zusammengefasst im Prüfbericht ausgewiesen.)
- die **Befragung der Beschäftigten der Einrichtung, meiner Betreuerin/meines Betreuers, meiner Angehörigen**
- die damit jeweils zusammenhängende **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.**

Die Teilnahme an der Einsichtnahme in Ihre Pflegedokumentation sowie an der Datenverarbeitung ist freiwillig. Die Teilnahme 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. Der Widerruf ist gegenüber dem Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz zu erklären: Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz, Externe QS in Pflegeeinrichtungen, Albiger Straße 19d, 55232 Alzey

Ort/Datum

Versicherte/Versicherter, gesetzliche
Betreuerin/gesetzlicher Betreuer oder
Bevollmächtigte/Bevollmächtigter