

Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e. V.

Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Pusteblume



Wir begleiten Kinder und Jugendliche, von denen eine ihnen nahstehende Person schwer erkrankt ist, unabhängig von der Religionszugehörigkeit und der Weltanschauung. Wir möchten durch unser Dasein entlasten, für Gespräche zur Verfügung stehen und in dieser schweren Situation beratend zur Seite stehen, auch über den Tod hinaus.

Unsere Ehrenamtlichen werden geschult und regelmäßig weitergebildet. Ihr Einsatz ist kostenfrei.

Selbstverständlich sind alle Mitarbeitenden der Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e. V. auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtet. Von uns erhobene personenbezogene Daten dienen einer guten und qualifizierten Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen sowie statistischen Zwecken.

Um Fördergelder von der Krankenkasse zu erhalten, sind wir verpflichtet gemäß §39a Abs. 2 SGB V, Name, Geburtsdatum und Zeitraum der Begleitung an die Krankenkasse weiterzuleiten. Mit einer Weitergabe an die Krankenkasse sind Sie einverstanden.

Sonstige Datenweitergaben an Dritte erfolgt nur nach Rücksprache und mit Ihrer Einwilligung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie eine Begleitung wünschen, dass Sie über den Umgang mit Ihren Daten informiert wurden und damit einverstanden sind.

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden, der Widerruf gilt für die Zukunft. Sie haben das Recht auf Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten, sowie zur Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten. Die Löschung der Daten erfolgt nach 10 Jahren.

Die Informationen zur Datenverarbeitung können mir auf Verlangen ausgehändigt oder auf unserer Homepage eingesehen werden.

Begleitetes Kind/der Kinder:geboren am:

Daten erkrankte Angehörige / erkrankter Angehöriger

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum: Anschrift:.....

.....

Krankenkasse gesetzlich / privat (nichtzutreffendes streichen)

Nur im Falle einer Beihilfeberechtigung:

Beihilfestelle..... Beihilfenummer:

Datum: Unterschrift: