



Prüfung zum Schutz des gesundheitlichen und betreuenden Zustands und der selbstbestimmten Lebensführung des Menschen mit Behinderung durch die Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) Ebersberg

Name der Einrichtung

Datum der Prüfung

Name des/r Bewohners/-in

Geburtsdatum

Einwilligung

Für die Zwecke der Prüfung einschließlich der Erstellung eines Ergebnisprotokolls bin ich mit

- der Inaugenscheinnahme Ihres Pflege- und Versorgungszustandes gem. Art. 11 Abs. 2 Nr. 5 PflWoqG

und der damit zusammenhängenden Verarbeitung meiner Daten durch die FQA einverstanden. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit verweigert bzw. mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden; hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hierdurch gemäß Art. 7 Abs. 2 Satz 2 EU-DSGVO nicht berührt.

Die Prüfbehörde handelt in Ihrem Interesse und stellt sicher, dass sich die Einrichtung um Ihr Wohlergehen sorgt.

Ort und Datum

Unterschrift des/r Bewohners/in

Ort und Datum

Unterschrift der/s gesetzlichen Betreuers/in

Ort und Datum

Dokumentation der Einwilligung des/r Bewohners/in bzw. gesetzlichen Betreuers/in durch einen Dritten, sofern dies aus nachfolgenden Gründen vor der Prüfung in Textform nicht möglich ist

- Bewohner/in kann die Zustimmung nicht selber in Textform niederschreiben
- Betreuer/in nicht vor Ort anwesend und hat zum Zeitpunkt der Prüfung keinen Zugriff auf FAX, SMS oder E-Mail
- Sonstiger Grund: _____