

Hiermit erkläre ich mich im Rahmen der internen und externen Qualitätssicherung mit einer

- ☐ Einsichtnahme in meine Verwaltungsdokumentation
- ☐ Anfertigung und Einsichtnahme einer Fotodokumentation im Rahmen der Wundversorgung
- ☐ Einsichtnahme in meine Pflege- und Betreuungsdokumentation
- ☐ Befragung zu meiner Zufriedenheit mit den Leistungen der Einrichtung
- ☐ Beurteilung des Pflegezustands

durch folgende Personen einverstanden:

- ☐ Mitarbeiter der Einrichtung
- ☐ von der Einrichtung beauftragte externe Personen
- ☐ Mitarbeiter/innen von Kooperationspartnern der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein (z.B. Sanitätshaus, Ergotherapie, usw.)
- ☐ Prüfpersonen der LWTG-Behörde (Heimaufsicht)
- ☐ Prüfpersonen des MDK
- ☐ Gutachter des MDK zur Feststellung des Grades meiner Selbständigkeit (Pflegegrad)

Von den Mitarbeiter/innen bin ich über den Zweck der Informationsgewinnung und die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung bzw. der Feststellung des Pflege- und Betreuungszustandes aufgeklärt worden.

Die Mitarbeiter der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein sind zur Einhaltung aller relevanten Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Bewohner/in bzw. gesetzliche/r Betreuer/in

Einverständnis von ☐ Bewohner/in ☐ gesetzlichen Betreuer / Bevollmächtigter  
☐ im persönlichen Gespräch ☐ telefonisch eingeholt

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Mitarbeiter/in

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	August 2025	Seite 1 von 1