# Antrag für Pflegehilfsmittel - Privatversicherte

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

1

meinPflegeset
Praxis Partner GmbH
In den Fritzenstücker 9–11
65549 Limburg
Telefon: 0800 000 83 64
Telefax: 0800 978 01 20
E-Mail: kontakt@mein-pflegeset.de
www.mein-pflegeset.de

## Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Frau ☐ Herr | Vorname: | Name: |
| Straße/Nr.: | | PLZ/Ort: |
| Geb.-Datum: | | Telefon: |
| Pflegekasse: | | Versicherten-Nr.: |
| Anschrift Pflegekasse: | | Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keinen |
| | | Ein Gutachten über den Pflegegrad liegt vor: ☐ ja ☐ nein |

## Angehörige(r)/Pflegeperson

(Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen)

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Frau ☐ Herr | Vorname: | Name: |
| Straße/Nr.: | | PLZ/Ort: |
| Telefon: | | E-Mail: |
| Pflegeperson ist: ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ (Schwieger-)Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Freund(in)/Bekannte(r) ☐ Betreuer(in)<br>Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ ja ☐ nein | | |

## Pflegedienst

(falls vorhanden)

| | |
|---|---|
| Name Pflegedienst: | |
| Straße/Nr.: | PLZ/Ort: |
| Telefon: | E-Mail: |

## Lieferung des Pflegesets an

☐ die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) ☐ die/den Angehörige(n)/Pflegeperson ☐ den Pflegedienst

☐ E-Mail Adresse für Sendungsverfolgung _____

Hiermit willige ich ein, dass mein**Pflegeset** meine E-Mail-Adresse an Post- bzw. Paketdienstleister zwecks Sendungsverfolgung weitergeben darf.

## ☐ Pflegehilfsmittel zum Verbrauch sind im Gutachten der Pflegekasse genehmigt oder empfohlen

## ☐ Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

| | |
|---|---|
| **Name und Anschrift:**<br>Praxis Partner GmbH<br>In den Fritzenstücker 9–11, 65549 Limburg | **Institutionskennzeichen:**<br>590640208 |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Hiermit bevollmächtige ich die Praxis Partner GmbH (mein**Pflegeset**) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Praxis Partner GmbH (mein**Pflegeset**), welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Praxis Partner GmbH (mein**Pflegeset**) solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Praxis Partner GmbH (mein**Pflegeset**) als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer.

**Ort/Datum**

X

**Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)**

Bitte wenden

meinPflegeset
Praxis Partner GmbH
In den Fritzenstücker 9–11
65549 Limburg
Telefon: 0800 000 83 64
Telefax: 0800 978 01 20
E-Mail: kontakt@mein-pflegeset.de
www.mein-pflegeset.de

## Ich benötige folgende Pflegehilfsmittel

(Bitte ankreuzen)

☐ **individuelles** mein**Pflegeset**, mit der Bitte um Rückruf oder einfach selbst konfigurieren unter:
mein-pflegeset.de

☐
**Bettschutzeinlagen** (25 Stk.)
zum Einmalgebrauch
Maße: 60 x 90 cm
Menge _____

☐
**Mundschutz** (50 Stk.)
zum Einmalgebrauch mit Nasenbügel und Gummischlaufen
Menge _____

☐
**Schutzschürzen** (100 Stk.)
zum Einmalgebrauch
Wasserfestes Folienmaterial
Menge _____

☐
**Einmalhandschuhe** (100 Stk.)
ungepudert
Größe: ☐S ☐M ☐L ☐XL
Material: ☐Nitril ☐Vinyl ☐Latex
Menge _____

☐
**FFP2-Halbmaske** (10 Stk.)
Partieklfiltrationseffizienz
von≥ 94 %
Menge _____

☐
**Schutzservietten / Einmal-Lätzchen** (50 Stk.)
Größe: 37 x 66 cm
Auffangschutz: 10 cm
Menge _____

☐
**Händedesinfektion**
☐Flüssig (500 ml) ☐Gel (475 ml)
Reisegröße:
☐Flüssig (100 ml) ☐Gel (100 ml)
☐Tücher (15 Stk.)
Menge _____

☐
**Flächendesinfektion**
☐Flüssig (500 ml)
☐Spray (250 ml)
☐Tücher (60 Stück)
☐Tücher (30 Stück)
Menge _____

☐
**Fingerlinge** (100 Stk.)
zum Einmalgebrauch, Latex
Größe: ☐S ☐M ☐L ☐XL
Menge _____

Meine Notizen: _____

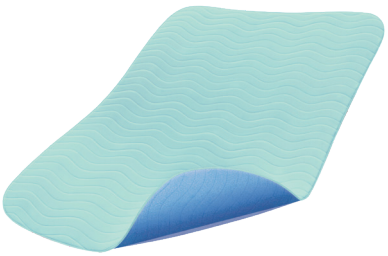
Gewünschter Lieferrhythmus: ☐jeden Monat ☐jeden 2. Monat ☐jeden 3. Monat

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐Suchmaschine (z. B. Google)
☐mein**Pflegeset** Webseite
☐Social Media ( z. B. Facebook, Instagram)
☐Freunde/Bekannte
☐Flyer
☐Seniorenportal
☐Anzeige/Artikel in _____
☐Plakatwerbung
☐Sonstiges: _____

## Unser Tipp: Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

- Wiederverwendbare textile Bettschutzeinlage aus Vlies mit einer Saugstärke von 7 Tropfen
- Format: 85 x 90 cm
- Weiche Oberfläche bietet höchsten Komfort
- Nimmt Flüssigkeit auf und bietet Schutz für unterschiedliche Flächen
- Umweltfreundlich, da bis zu 250 x bei 95 °C waschbar und Wäschetrockner geeignet



Abhängig von der Leistung Ihrer Pflegekasse erhalten Sie max. 4 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen.

☐ **Ja, ich habe Interesse an den wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen, bitte kontaktieren Sie mich**

☐ **Ja, ich wünsche einen Kostenvoranschlag**

☐ **Ich habe ein Gutachten und wünsche ____ Bettschutzeinlagen**

### Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB und Datenschutz

Die Datenschutzhinweise für Kunden/Versicherte/Pflegebedürftige habe ich zur Kenntnis genommen.

**Ort/Datum**

X

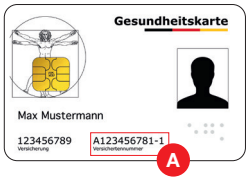
**Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)**

# Ausfüllhilfe Antrag für Pflegehilfsmittel

## Von der Bestellung bis zur ersten Lieferung – Das müssen Sie wissen!

- Füllen Sie den Antrag (Seite 1 und 2) aus und senden uns diesen im portofreien Umschlag zurück. Unsere Ausfüllhilfen helfen Ihnen dabei.
- Mit jeder Lieferung erhalten Sie eine Rechnung. Bitte begleichen Sie diese innerhalb von 30 Tagen. Zur Kostenerstattung durch Ihre Pflegeversicherung nutzen Sie bitte die Vorlage Ihrer Versicherung und reichen diese dort entsprechend ein.

**1** Persönliche Daten des Versicherten




**2** Persönliche Daten der Pflegeperson

**3** Daten des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden)

**4** Bitte ankreuzen, wenn Sie einen anderen Empfänger wünschen und Sie beim Ausliefer-dienst Ihre Sendung verfolgen möchten

**5** Bitte ankreuzen, wenn die Pflegehilfsmittel bereits genehmigt oder empfohlen wurden

**6** Bitte ankreuzen!

**7** Datum und Unterschrift nicht vergessen!

**Antrag für Pflegehilfsmittel - Privatversicherte** 1

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfs-mitteln gemäß § 78 Abs. 1, i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

mein Pflegeset — PRAXIS PARTNER

meinPflegeset, Praxis Partner GmbH | In den Fritzenstücker 9–11, 65549 Limburg | Telefon: 0800 000 83 64, Telefax: 0800 978 01 20 | E-Mail: kontakt@mein-pflegeset.de, www.mein-pflegeset.de

**Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

| | |
|---|---|
| ☐ Frau ☐ Herr Vorname: | Name: |
| Straße/Nr.: | PLZ/Ort: |
| Geb.-Datum: | Telefon: |
| Pflegekasse: | Versicherten-Nr.: A |
| Anschrift Pflegekasse: | Pflegegrad: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐keinen |
| | Ein Gutachten über den Pflegegrad liegt vor: ☐ja ☐nein |

**Angehörige(r)/ Pflegeperson** (Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen)

| | |
|---|---|
| ☐ Frau ☐ Herr Vorname: | Name: |
| Straße/Nr.: | PLZ/Ort: |
| Telefon: | E-Mail: |

Pflegeperson ist: ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ (Schwieger-)Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Freund(in)/Bekannte(r) ☐ Betreuer(in)
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ja ☐nein

**Pflegedienst** (falls vorhanden)

| | |
|---|---|
| Name Pflegedienst: | |
| Straße/Nr.: | PLZ/Ort: |
| Telefon: | E-Mail: |

**Lieferung des Pflegesets an**

☐ die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) ☐ die/den Angehörige(n)/Pflegeperson ☐ den Pflegedienst
☐ E-Mail Adresse für Sendungsverfolgung _____
Hiermit willige ich ein, dass meinPflegeset meine E-Mail-Adresse an Post- bzw. Paketdienstleister zwecks Sendungsverfolgung weitergeben darf.

☐ **Pflegehilfsmittel zum Verbrauch sind im Gutachten der Pflegekasse genehmigt oder empfohlen**

☐ **Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:**

| | |
|---|---|
| **Name und Anschrift:** Praxis Partner GmbH, In den Fritzenstücker 9–11, 65549 Limburg | **Institutionskennzeichen:** 590640208 |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflege-dienste) verwendet werden dürfen.

Hiermit bevollmächtige ich die Praxis Partner GmbH (meinPflegeset) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Praxis Partner GmbH (meinPflegeset), welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Praxis Partner GmbH (meinPflegeset) solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Praxis Partner GmbH (meinPflegeset) als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer.

Ort/ Datum

X
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

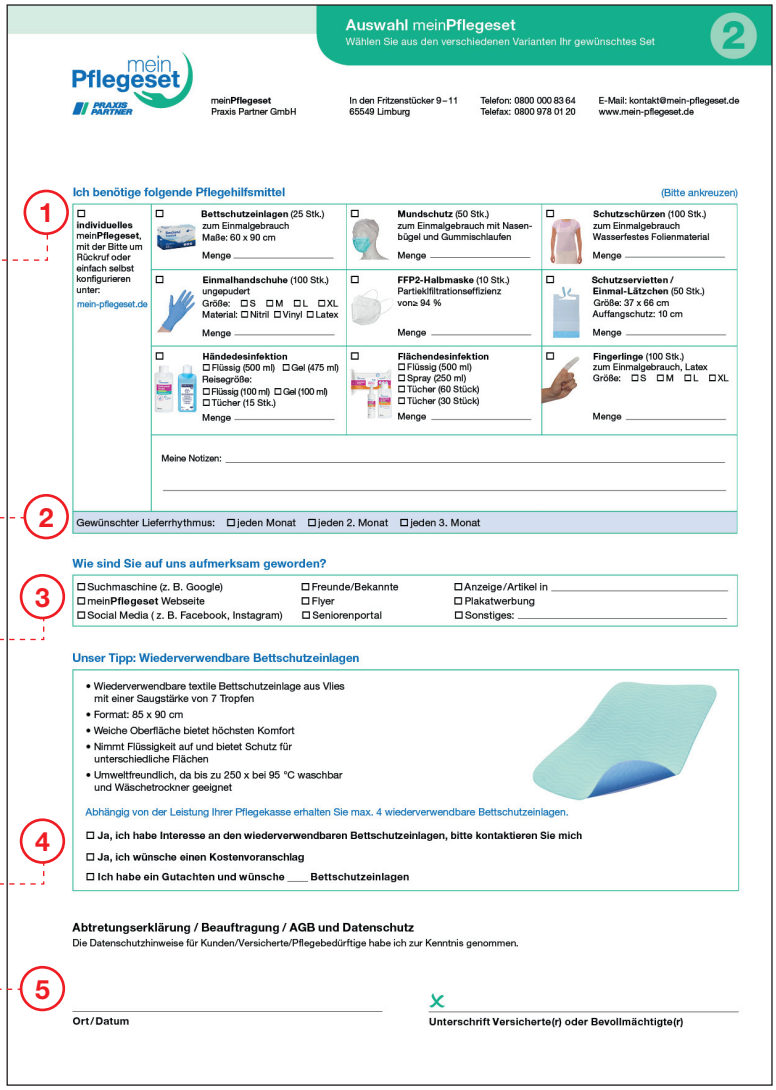
Bitte wenden

# Ausfüllhilfe Bestellformular

**WICHTIG:**

Den ausgefüllten und vom Versicherten unterschriebenen **Antrag für Pflegehilfsmittel** ❶ sowie das **Bestellformular** ❷ im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an mein**Pflegeset** zurücksenden.

1. Ihre gewünschten Pflegehilfsmittel auswählen
2. Lieferrythmus nicht vergessen
3. Teilen Sie uns gerne mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind
4. Bitte ankreuzen, wenn Sie wiederverwendbare Bettschutzeinlagen benötigen
5. Datum und Unterschrift nicht vergessen!



**Auswahl** mein**Pflegeset** ❷
Wählen Sie aus den verschiedenen Varianten Ihr gewünschtes Set

mein Pflegeset
PRAXIS PARTNER

meinPflegeset
Praxis Partner GmbH
In den Fritzenstücker 9–11
65549 Limburg
Telefon: 0800 000 83 64
Telefax: 0800 978 01 20
E-Mail: kontakt@mein-pflegeset.de
www.mein-pflegeset.de

**Ich benötige folgende Pflegehilfsmittel** (Bitte ankreuzen) ❶

☐ **Individuelles** mein**Pflegeset**, mit der Bitte um Rückruf oder einfach selbst konfigurieren unter: mein-pflegeset.de

☐ **Bettschutzeinlagen** (25 Stk.) zum Einmalgebrauch
Maße: 60 x 90 cm
Menge

☐ **Mundschutz** (50 Stk.) zum Einmalgebrauch mit Nasenbügel und Gummischlaufen
Menge

☐ **Schutzschürzen** (100 Stk.) zum Einmalgebrauch Wasserfestes Folienmaterial
Menge

☐ **Einmalhandschuhe** (100 Stk.) ungepudert
Größe: ☐S ☐M ☐L ☐XL
Material: ☐Nitril ☐Vinyl ☐Latex
Menge

☐ **FFP2-Halbmaske** (10 Stk.) Partikelfiltrationseffizienz von≥ 94 %
Menge

☐ **Schutzservietten / Einmal-Lätzchen** (50 Stk.)
Größe: 37 x 66 cm
Auffangschutz: 10 cm
Menge

☐ **Händedesinfektion**
☐Flüssig (500 ml) ☐Gel (475 ml)
Reisegröße:
☐Flüssig (100 ml) ☐Gel (100 ml)
☐Tücher (15 Stk.)
Menge

☐ **Flächendesinfektion**
☐Flüssig (500 ml)
☐Spray (250 ml)
☐Tücher (60 Stück)
☐Tücher (30 Stück)
Menge

☐ **Fingerlinge** (100 Stk.) zum Einmalgebrauch, Latex
Größe: ☐S ☐M ☐L ☐XL
Menge

Meine Notizen: _____

Gewünschter Lieferrhythmus: ☐jeden Monat ☐jeden 2. Monat ☐jeden 3. Monat ❷

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** ❸

☐Suchmaschine (z. B. Google) ☐Freunde/Bekannte ☐Anzeige/Artikel in _____
☐mein**Pflegeset** Webseite ☐Flyer ☐Plakatwerbung
☐Social Media ( z. B. Facebook, Instagram) ☐Seniorenportal ☐Sonstiges: _____

**Unser Tipp: Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen**

- Wiederverwendbare textile Bettschutzeinlage aus Vlies mit einer Saugstärke von 7 Tropfen
- Format: 85 x 90 cm
- Weiche Oberfläche bietet höchsten Komfort
- Nimmt Flüssigkeit auf und bietet Schutz für unterschiedliche Flächen
- Umweltfreundlich, da bis zu 250 x bei 95 °C waschbar und Wäschetrockner geeignet

Abhängig von der Leistung Ihrer Pflegekasse erhalten Sie max. 4 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen.

☐ **Ja, ich habe Interesse an den wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen, bitte kontaktieren Sie mich** ❹
☐ **Ja, ich wünsche einen Kostenvoranschlag**
☐ **Ich habe ein Gutachten und wünsche ___ Bettschutzeinlagen**

**Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB und Datenschutz**
Die Datenschutzhinweise für Kunden/Versicherte/Pflegebedürftige habe ich zur Kenntnis genommen.

**Ort/Datum** ❺

X
**Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)**

Wenn Sie Fragen zu mein**Pflegeset** haben, oder Hilfe beim Ausfüllen der Formulare benötigen sind wir gerne persönlich für Sie da.

Rufen Sie uns einfach zum Nulltarif an:

**0800 000 83 64**

Montag bis Freitag: 8.00 bis 20.00 Uhr

Weitere Informationen und Kontaktmöglichkeiten finden Sie auch auf unserer Internetseite:

**www.mein-pflegeset.de**

mein Pflegeset

## INFORMATIONEN NACH ART. 13, 14 UND 21 DER DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DS-GVO)

Mit diesen Datenschutzhinweiseen geben wir Ihnen als Kunde unseres Unternehmens einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte.

Wenn Sie als unser Vertragspartner und Kunde keine natürliche Person sind oder den Antrag für einen andere Person (pflegebedürftige Person) stellen, leiten Sie diese Informationen bitte an die betroffene Persone weiter, deren personenbezogene Daten wir verarbeiten.

## 1. VERANTWORTLICHER DER DATENVERARBEITUNG, KONTAKT

Verantwortlicher der Datenverarbeitung sind wir,
**Praxis Partner GmbH.**
In den Fritzenstücker 9-11, 65549 Limburg
Telefon: +49 (0)800/000 83 64 | E-Mail: kontakt@mein-pflegeset.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie wie folgt:
Herrn Dipl.-Inform. Olaf Tenti
GDI Gesellschaft für Datenschutz und Informationssicherheit mbH
Körnerstr. 45, 58095 Hagen | E-Mail: datenschutz@gdi-mbh.eu

## 2. UMFANG DER DATENVERARBEITUNG

Wir verarbeiten Daten, die Sie uns übermitteln oder die wir im Rahmen bestehender Verträge oder mit Ihrer Erlaubnis von Dritten erhalten haben. Insbesondere werden folgende personenbezogenen Daten und Kategorien von Daten für die unter Ziff. 3 und 6 dieser Datenschutzerklärung genannten Zwecke verarbeitet:

- Daten zur Person des Antragsstellers sowie zur Person des Versicherten bzw. Pflegebedürftigen und/oder des Ansprechpartners (Vorname, Nachname, Anschrift, Telefonnummer, EMail-Adresse, Geburtsdatum);
- Zahlungsinformationen wie Bankverbindung;
- Informationen zum Zahlungsverhalten.

Folgende Daten werden nur gemäß Ziff. 5 dieser Datenschutzerklärung verarbeitet:

- Gesundheitsdaten, die sich aus dem Antrag ergeben, insb. Angaben zum Pflegegrad, beauftragtem Pflegedienst, sowie Angaben zur Pflegeversicherung einschließlich der Versichertennummer;
- Inhalt des konkreten Vertrages (Artikel, Preis, etc.), soweit sich daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person ergeben.

## 3. ZWECK DER VERARBEITUNG, RECHTSGRUNDLAGE

Im Nachfolgenden informieren wir Sie darüber, für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage wir Ihre Daten verarbeiten. Die unter dieser Ziffer genannten Rechtsgrundlagen gelten nicht für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten/personenbezogenen Daten besonderer Kategorien.

### 3.1 ERFÜLLUNG VERTRAGLICHER PFLICHTEN – ART. 6 ABS. 1 LIT. B) DSGVO

Wir verarbeiten Ihre Daten zum Abschluss von Verträgen zur Bereitstellung von Pflegematerial sowie zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Verpflichtungen. Die Zwecke der Datenverarbeitung richten sich im Einzelnen nach dem konkreten Vertrag.

### 3.2 INTERESSENABWÄGUNG – ART. 6 ABS. 1 LIT. F) DSGVO

Wir können Ihre Daten auf Basis einer Interessenabwägung zur Wahrung unserer berechtigten Interessen oder der berechtigten Interessen Dritter verarbeiten. Dies erfolgt insbesondere zu folgenden Zwecken:

- Werbung, Markt- und Meinungsforschung;
- Allgemeine Geschäftssteuerung;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten;
- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebes.

### 3.3 EINWILLIGUNG – ART. 6 ABS. 1 LIT. A) DSGVO

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten erteilt haben, ist die jeweilige Einwilligung Rechtsgrundlage für die dort genannte Verarbeitung. Sie können die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies gilt auch für Einwilligungen, die Sie ggf. vor Geltung der DSGVO, also vor dem 25. Mai 2018, erteilt haben. Der Widerruf wirkt nur für zukünftige Verarbeitungen; bis zum Widerruf erfolge Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

### 3.4 GESETZLICHE VORGABEN – ART. 6 ABS. 1 LIT. C) DSGVO

Wir unterliegen verschiedenen rechtlichen Verpflichtungen zur Aufbewahrung von Unterlagen und Informationen, die sich insbesondere aus handels-, gesellschafts- und steuerrechtlichen Vorschriften ergeben können. Zur Erfüllung dieser Aufgaben speichern wir ggf. darin enthaltene personenbezogene Daten. Rechtsgrundlage der Speicherung ist dann Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO i. V. m. mit der jeweiligen bereisspezifischen Vorschrift.

Bitte wenden ▸

## 4. WEITERGABE VON DATEN

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur, soweit eine gesetzliche Rechtsgrundlage dies gestattet oder Sie Ihre Zustimmung erteilt haben. Innerhalb unseres Hauses erhalten diejenigen Stellen Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten oder zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben benötigen (z. B. Versand, Rechnungsabteilung, Vertrieb und Marketing,). Darüber hinaus können folgende Stellen Ihre Daten erhalten:

- von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) insbesondere im Bereich IT-Dienstleistungen und Marketing, die Ihre Daten weisungsgebunden für uns verarbeiten;
- öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Finanzbehörden) bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung;
- sonstige Stellen, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben (insbesondere mit uns verbundene Unternehmen).

## 5. BESONDERE KATEGORIEN PERSONENBEZOGENER DATEN

Die DSGVO sieht für Daten, die unter den Begriff der „besonderen Kategorien personenbezogen Daten“ (Art. 9 Abs. 1 DSGVO) fallen, besonderen Schutz vorvor. Zu diesen Daten zählen zu genetische, biometrische sowie Gesundheitsdaten. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO im Rahmen des Vertragsverhältnisses verarbeitet werden, dient die Verarbeitung der Ermöglichung der Wahrnehmung von Rechten der sozialen Sicherheit, die sich aus § 40 Abs. 1 und 2 Elftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) ergeben. Die Verarbeitung von Daten erfolgt daher auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. c) i. V. m. § 40 Abs. 1 und 2 SGB XI. Wir übermitteln die Daten der pflegebedürftigen Person zu Zwecken der Abrechnung unserer Leistungen an die zuständige Pflegekasse. Rechtsgrundlage hierfür ist ebenfalls Art. 9 Abs. 2 lit. c) i. V. m. § 40 Abs. 1 und 2 SGB XI.

## 6. AUSKUNFTEIEN

Zur Einschätzung des Risikos eines Vertragsabschlusses ist es möglich, dass personenbezogene Daten an eine Kreditauskunftei übersendet werden oder von dort Informationen anfordert werden. Diese Übermittlung erfolgt auf Grundlage unseres berechtigten Interesses nach Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO zur Einschränkung des wirtschaftlichen Risikos. Besondere Kategorien personenbezogener Daten (vgl. Ziff. 5) werden nicht übermittelt. Die Kreditauskunftei bewertet durch uns und andere gesammelte Informationen und übermittelt uns im Einzelfall eine Einschätzung des Ausfallrisikos. Die Einholtung der Information erfolgt nur, wenn wir ein kreditorisches Risiko tragen bzw. ein solches eingehen wollen, d. h. in Vorleistung gehen und die Zahlung nicht durch die Pflegekasse erfolgen soll. Die Übermittlung erfolgt von bzw. an:

Verband der Vereine Creditreform e. V.
Hammfelddamm 13, 41460 Neuss
Datenschutzinformationen: https://www.creditreform.de/datenschutz

## 7. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Soweit erforderlich, verarbeiten wir personenbezogenen Daten für die Dauer der Vertragsabwicklung. Wir unterliegen verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich insb. aus handels-, gesellschafts- und steuerrechtlichen Vorschriften ergeben können. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen bis zu zehn Jahren.

## 8. DRITTLANDÜBERMITTLUNG VON DATEN

Soweit wir uns zur Durchführung unseres Vertragsverhältnisses Software von Anbietern mit Sitz in Drittstaaten oder Software von Anbietern mit Subunternehmern/Dienstleistern in Drittstaaten bedienen, können – je nach Verarbeitungszweck – Ihre Daten oder Teile Ihrer Daten in Drittstaaten (z. B. in die Vereinigten Staaten von Amerika) übermittelt werden. Wir weisen darauf hin, dass mit Wegfall des EU-US-Privacy Shields derzeit für die Vereinigten Staaten ein Angemessenheitsbeschluss der Kommission i.S.d. Art. 45 Abs. 3 DSGVO für ein ausreichendes Datenschutzniveau fehlt. Daher haben wir mit von uns eingesetzten Dienstleistern/Anbietern zum Schutz Ihrer Daten von der EU-Kommission erlassene Standarddatenschutzklauseln i.S.d. Art. 46 Abs. 2 lit. c) DSGVO abgeschlossen. Ferner haben einige unserer Dienstleister für deren Unternehmen interne von der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigte verbindliche Datenschutzvorschriften (BCR) im Sinne des Art. 47 DSGVO implementiert.

## 9. PFLICHT ZUR BEREITSTELLUNG VON DATEN

Sie sind nicht gesetzlich oder vertraglich verpflichtet Ihre Daten bereitzustellen. Bei Nichtbereitstellung der Daten werden wir einen Vertragsschluss bzw. eine Belieferung jedoch mangels Abrechenbarkeit ablehnen.

## 10. AUTOMATISIERT ENTSCHEIUNDSFINDUNG / PROFILBILDUNG

Wir verarbeiten Ihre Daten nicht in einem System, das automatisch Entscheidungen mit Rechtswirkung für Sie trifft oder mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten (sog. „Profiling“).

## 11. DATENSCHUTZRECHTE

Sie haben unter den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO, § 34 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in der ab dem 25. Mai 2018 geltenden Fassung). Auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO, § 35 BDSG), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Außerdem haben Sie ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO, § 19 BDSG). Datenschutzrechtliche Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; hierzu können Sie sich unter den unter Ziff. 1 genannten Kontaktdaten an uns wenden.

## 12. WIDERSPRUCHSRECHT NACH ART. 21 DSGVO

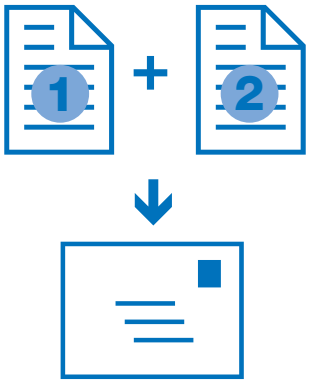
Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 lif. f) DSGVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen. Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder wenn die Verarbeitung der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient.

Stand: 24.11.2022

mein Pflegeset

**So gehts:**

1. Vordruck entlang der vorgegebenen Linie ausschneiden.
2. Ausschnitt auf einen Briefumschlag kleben.
3. Beide Formulare unterschrieben in den Umschlag stecken und in den Briefkasten werfen.
   Das Porto übernehmen wir für Sie!




Alternativ können Sie uns die Formulare auch per Fax **0800 978 01 20** oder per E-Mail an **kontakt@mein-pflegeset.de** zukommen lassen.

Entgelt zahlt Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

meinPflegeset
Praxis Partner GmbH
Postfach 2057
65542 Limburg

mein Pflegeset