

## Prüfung nach §§ 114 ff. SGB XI/ § 275b SGB V zum Schutz des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der versorgten Person durch den Medizinischen Dienst Hessen (MD)

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Datum der Prüfung

\_\_\_\_\_  
Name der versorgten Person

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Aufklärung und Einwilligung

Der Medizinische Dienst Hessen handelt im Interesse der versorgten Person und stellt sicher, dass sich die Einrichtung um das Wohlergehen der versorgten Personen sorgt.

Für die Zwecke der Prüfung ist die versorgte Person einverstanden mit

- dem Betreten der Wohnräume/Wohnung
- der Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands (*entfällt bei ambulanten Betreuungsdiensten*)
- ihrer Befragung, der Befragung von Beschäftigten der Einrichtung sowie ggf. der Befragung der Betreuer, der Bevollmächtigten oder An- und Zugehörigen sowie ggf. der Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen
- der Einsichtnahme in die Pflegedokumentation sowie
  - in die fallbezogenen Daten zur Ergebniserfassung (in der **vollstationären** Versorgung)
  - in abrechnungsrelevante Unterlagen (in der **ambulanten** Versorgung)
- der damit jeweils zusammenhängenden Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zweck der Erstellung eines Prüfberichts.

Die Daten werden in pseudonymisierter Form an die Landesverbände der Pflegekassen/Krankenkassen, den zuständigen Sozialhilfeträger, die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Behörden und die geprüfte Einrichtung übermittelt. Bei gravierenden Versorgungsdefiziten oder Abrechnungsmängeln ist die versorgte Person mit der Weitergabe der Klardaten an die Landesverbände der Pflegekassen und die Kranken-/Pflegekasse einverstanden.

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	1 von 2	01.06.2021	1.3	01.06.2021/V.Gualdi

Der Einbezug in die Prüfung ist freiwillig und kann verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden, hierdurch entstehen der versorgten Person keine Nachteile. Die Teilnahme hat keinen Einfluss auf den Pflegegrad. Die personenbezogenen Daten werden gemäß § 97 SGB XI beim Medizinischen Dienst Hessen nach fünf Jahren gelöscht.

**Die Qualitätsprüfung wird unter Berücksichtigung der allgemeinen und hessenspezifischen Empfehlungen zum SARS CoV-2 Schutz erfolgen. Eine Information über die Hygienemaßnahmen, welche im Rahmen der Qualitätsprüfung einzuhalten sind, ist erfolgt.**

Die Einwilligung zur Teilnahme kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist gegenüber dem Medizinischen Dienst Hessen, Zimmersmühlenweg 23, 61440 Oberursel, zu erklären.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versorgten Person

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der vertretungsberechtigten Person bzw. des gesetzlichen Betreuers

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Dokumentation der Einwilligung durch einen Dritten, aus einem der nachfolgenden Gründe:

- die versorgte Person kann die Zustimmung nicht selbst in Textform niederschreiben, da

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Die vertretungsberechtigte Person bzw. der Betreuer ist nicht vor Ort anwesend und hat zum Zeitpunkt der Prüfung keinen Zugriff auf Kommunikationsmedien. Das Einverständnis wurde nach telefonischer Aufklärung zu den oben aufgeführten Punkten

durch \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr erteilt.

- Sonstiger Grund:

\_\_\_\_\_

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	2 von 2	01.06.2021	1.3	01.06.2021/V.Gualdi