

Hausnotrufdienst 2023

Bereitstellung des Gerätes (Notrufgerät inkl. Wartung, Benennung von Kontaktpersonen, Besetzung der jeweiligen Notrufzentrale)

| | |
|--|-------------------|
| Fa. Rupprecht | |
| Hausnotruf mobil Eigenanteil (zusätzlich) | 14,50 Euro |
| Hausnotrufgerät monatlich | 25,50 Euro |
| Hausnotruf auf GSM-Basis (zusätzlich) | 6,00 Euro |
| Kosten können bei vorhandenem Pflegegrad von der Pflegekasse übernommen werden i.H. von | 25,50 Euro |

Rufbereitschaftsdienst (Bereitstellung von Personal 24 h, Schlüsselaufbewahrung)

| | |
|--|------------|
| <u>mit/ ohne</u> Pflegegrad- Eigenanteil monatlich | 22,00 Euro |
|--|------------|

Notrufeinsätze durch Diakoniestation (Mit Rufbereitschaftsvertrag und Schlüsselaufbewahrung)

| | | |
|-----------|-----------------------|---------------------------|
| tagsüber | Mo-Fr 06:00-20:00 Uhr | 33,00€/ pro 30 Minuten |
| nachts | Mo-Fr 20:00-06:00 Uhr | 58,00€/ |
| ganztägig | Sa, So, Feiertage | pro 30 Minuten |

Notrufeinsätze durch Diakoniestation (ohne Schlüsselaufbewahrung)

| | | |
|-----------|-----------------------|---------------------------|
| tagsüber | Mo-Fr 06:00-20:00 Uhr | 50,00€/ pro 30 Minuten |
| nachts | Mo-Fr 20:00-06:00 Uhr | 70,00€/ |
| ganztägig | Sa, So, Feiertage | pro 30 Minuten |

Die Schlüsselaufbewahrung erfolgt ausschließlich für den Hausnotruf und ist nicht als Notersatzschlüssel gedacht. Sollten Sie dies im Bedarfsfall trotzdem benötigen, so können Sie den Schlüssel selbstverständlich während der Bürozeiten vor Ort abholen. Außerhalb der Bürozeiten berechnen wir für die Herausgabe 100 €.

Bitte beachten Sie, dass wir Sie in Zeiten ohne vorhandenen Schlüssel im Notruffall nicht anfahren können!

Anlage 4

Einwilligungserklärungen nach den Datenschutzbestimmungen

Ich bin damit einverstanden, dass die Diakoniestation am Evangelischen Krankenhaus Lippstadt gGmbH folgende meiner personenbezogenen Daten wie folgt verarbeitet. Eine Einwilligung in die jeweilige Verarbeitung erfolgt durch ankreuzen derselben. Nicht gegebene Einwilligungen führen unter Umständen zu einem Ausschluss von Leistungen.

(1) Stammdaten

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Kostenträger, Geburtsort, Konfession, Familienstand, letzter Wohnort, Kontakte wie Angehörige/ Bekannte/ Haus- und Fachärzte, Geburtsname

(2) Weitergabe von personenbezogenen Daten an Dritte

An die **Abrechnungsstelle im Evangelischen Krankenhaus Lippstadt** zum Zweck der Abrechnung der erbrachten Leistungen.

Mit der **Fa. Rupprecht** zum Zweck der Aufstellung des Gerätes, zur Bestätigung der Aufstellung und zur Abrechnung der erbrachten Leistung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs können unter Umständen Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile (z.B. verspätete oder abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entstehen.

Den Widerruf kann ich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:

Diakoniestation am Evangelischen Krankenhaus Lippstadt gGmbH

Goethestr. 27

59555 Lippstadt

e-mail: info@diakonie-lippstadt.de

Fax: 02941/ 988932

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet. Weitere Informationen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind zu finden unter: www.diakonie-lippstadt.de

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Kundin/ Kunde)