



Prüfung zum Schutz des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands des/r Pflegebedürftigen sowie die Erfüllung der Kriterien für selbstgesteuerte ambulant betreute Wohngemeinschaften nach Art. 2 Abs. 4 Satz 3 Nrn.

1-4 Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) durch die Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) Ebersberg

Name der ambulant betreuten Wohngemeinschaft

Datum der Prüfung

Name des Dienstleistungsanbieters

Name des/r Mieters/-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
- dem Betreten Ihrer Räume bzw. Wohnung / Zimmer

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 beauftragten Dienstleistungsanbieter um Ihr Wohlergehen sorgen sowie die Selbstbestimmung respektieren und ihren Status als Gäste wahren.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Mieters/in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s gesetzlichen Betreuers/in

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

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

- Mieter/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: \_\_\_\_\_