

## Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme

**E-Mail: [care@wds.net](mailto:care@wds.net) oder Fax: 0201-177848-77**

### Angaben zur versicherten Person und/oder zum Angehörigen

<b>Name</b>			
<b>Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b> (TT.MM.JJJJ)			
<b>Pflegegrad</b>		<b>Pflegekasse</b>	
<b>Versichertennummer</b>			
<b>Straße</b>			<b>Hausnr.</b>
<b>PLZ</b>		<b>Ort</b>	
<b>Betr.-Beginn</b> (TT.MM.JJJJ)			
<b>Telefonnummer zur Terminvereinbarung</b> [ ] Nummer d. Versicherten [ ] Nummer d. Angehörigen	_____		
<b>Angehörige/r</b> (Name, Vorname)	_____		

Die oben angegebenen Daten werden zur Vereinbarung von Terminen für Schulungen nach §§ 45 SGB XI durch die WDS GmbH genutzt.

- Zur telefonischen Vereinbarung eines Termins für eine Schulung nach § 45 SGB XI im häuslichen Umfeld, gestatte ich es Sankt Andreas meine Daten an die WDS GmbH zu übermitteln.  
[ ] ja [ ] nein
- Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass mich die WDS GmbH auch über weitere Unterstützungsangebote zur Verbesserung der Pflegesituation telefonisch informiert. Dies kann z.B. ein Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI sein.  
[ ] ja [ ] nein

[ ] Ich bin darüber informiert worden, dass ich mein Einverständnis zur Verwendung meiner Daten jederzeit schriftlich gegenüber der WDS GmbH widerrufen kann ([datenschutz@wds.net](mailto:datenschutz@wds.net)).

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r