

Wichtig : Diese Seite (Seite 1 von 10) wird nur intern verwendet und nicht weitergegeben!

Kontaktperson (Ansprechpartner)

Vorname / Name _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger Vater Mutter _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon Fax _____

E-Mail _____

Vollmacht
liegt vor notarielle
Vollmacht liegt vor gerichtlich
bestellter Betreuer

Leistungsempfänger weiblich männlich divers

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Rechnungsempfänger

Vorname / Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Gold Silber Bronze Basic +10% +20%

Wichtig : Die Seiten 2 bis 10 werden zur Personalsuche weitergegeben!

Die folgenden drei Angaben sind für die Agentur (hier müssen Sie nichts ausfüllen)

Anfragenummer

Angefragte Agentur

Angefragedatum

Leistungsempfänger

weiblich

männlich

divers

Geburtsjahr

Größe

cm

Gewicht

kg

Straße, Nr.

PLZ / Ort

Raucherhaushalt

ja

nein

Patient ist Raucher

ja

nein

Wohnt eine weitere (zweite) Person mit im Haushalt?

ja

nein

Ist die Hauswirtschaftliche Versorgung für die 2. Person erwünscht?

ja

nein

Unterstützt die 2. Person die Betreuungskraft?

ja

nein

Muß die 2. Person aktiv gepflegt werden?

ja

nein

Wohnen weitere Familienmitglieder in der Nähe?

ja

nein

Hausarzt:

Krankenkasse:

Pflegebedürftigkeit

keinen Pflegegrad (PG)

PG beantragt

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

PG seit wann?

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung?	ja	nein	soll abbestellt werden
Name des Pflegedienstes, Telefon			
wie oft täglich, für welche Tätigkeiten			
Hausnotruf?	ja	nein	geplant
Schlüssel hinterlegt?	ja	nein	bei

Krankheitsbilder

Allergien	Dekubitus	multiple Sklerose
altersbedingte Gehschwäche	Diabetes	Osteoporose
Alzheimer	Diabetes (insulinpflichtig)	Parkinson
Asthma	Herzinfarkt	Rheuma
chronische Durchfälle	Herzinsuffizienz	Stoma (Anus praeter)
Demenz (Anfangsstadium)	Herzrhythmusstörung	Tumor
Demenz	Hypertonie	Schlaganfall rechts links
Weglauftendenz	Inkontinenz	Depression

Zusätzliche Infos

Wer sortiert (stellt) die Medikamente:	Patient selbst	Apotheke	Pflegedienst	Familie
--	----------------	----------	--------------	---------

Grundsätzliche Fragen:

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	ja	nein
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	ja	nein
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	ja	nein
Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer (z.B. dem Bett oder in den Rollstuhl)	ja	nein
Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit?	ja	nein
Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?	ja	nein
Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?	ja	nein

Falls „ja“, welche?

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche?

Ist der Patient momentan in einer Klinik/Reha ja nein

Sind die Angaben ärztlich abgesichert? ja nein

Kommunikation - Orientierung

<u>Kommunikation</u>	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hören			
Sehen			
Sprechen			
Hilfsmittel:	Brille	Hörgerät	Sonstige _____
Bemerkungen:	_____		

<u>Orientierung</u>	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Zeitlich			
Örtlich			
Persönlich			
Bemerkungen:	_____		

<u>Mobilität</u>	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Gehen:			
Bemerkungen:	_____		

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Stehen:			
Bemerkungen:	_____		

Hilfsmittel:	Stock	Nachtstuhl	Rollator	Rollstuhl
	Pflegebett	Dekubitus-Matratze	ebenerdige Dusche	Badewannenlift
	Patientenlift	Treppenlift	Sonstige : _____	
	geplant/beantragt: _____			

Transfer:	nicht nötig
	Patient braucht nur Unterstützung
	Patient hilft mit
	Patient hilft wenig mit
	Patient hilft nicht mit
	muss gehoben werden
	Transfer nur mit Patientenlift
Bemerkungen:	_____

Hygiene	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	Hilfe	Anleitung
Duschen / Baden					
Hautpflege					
Mundpflege					
Zahnprothese					
Haarpflege					
Intimpflege					
Rasieren					
Hand-Fußpflege		Familie	Fußpflege kommt		
Bemerkungen					

Ausscheiden	ja	nein	gelegentlich
Urininkontinenz			
Stuhlinkontinenz			

Hilfsmittel	ja	nein
Blasenkatheter		
Suprapubischer Katheter		
Urinflasche		
Windeln		
Windelpants		
Vorlagen		
Inkontinenzrezept vom Hausarzt liegt vor		
Sonstige		

Hilfsmittel zum Verbrauch (40 Euro)				
vorhanden	nicht vorhanden	Empfehlung gewünscht	ja	nein

Kleidung	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	
Ankleiden				
Auskleiden				
Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden			ja	nein
Kleidung muss auf jahreszeitliche Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden			ja	nein

Essen – Trinken

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Essen			
Trinken			
Kauen – Schlucken			
PEG Sonde	ja	nein	
Nahrung klein schneiden	ja	nein	
Nahrung darreichen	ja	nein	

Ernährungszustand	Kostform	Trinkmenge
Normal	Normal	Normal
Unterernährt	Vollwert	Wenig
Adipös	Vegetarisch	Viel
Entwässert	Diabeteskost	zum Trinken animieren

Essen, gerne: _____

Trinken, gerne: _____

Ruhen – Schlafen

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Einschlafen			
Durchschlafen			

Zu Bett gehen: ca. _____ Uhr Aufstehen: ca. _____ Uhr Mittagsschlaf: ca. _____ Uhr

Nächtliche Einsätze (z.B. Toilettengang)

Alleine (Hilfe nicht notwendig)	Nie bzw. selten (max. 3x pro Woche)
Gelegentlich (4-7 x pro Woche)	Häufig (mehrmals pro Nacht)

Bemerkungen: _____

Therapien - Beschäftigung

Patient ist zu Hause	Patient ist momentan in der Klinik/Reha
Ergotherapie	Tagespflege
Musiktherapie	Ehrenamtliche Helfer
Beschäftigungstherapie	Familienmitglieder sind an _____ Tagen in der
Logopädie	Woche für mindestens 1 Stunde vor Ort
Krankengymnastik	Sonstige _____

Hobbies – Interessen (Musik, Fernsehen, Natur/Garten, Spazierengehen, Spiele, Malen, Haushalt)

<u>Wesenszüge</u>	lieb	geduldig	bescheiden	umgänglich	zurückhaltend
	offen	bestimmend	fordernd	störrisch	ängstlich

Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: schnellstmöglich zum _____
Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: unbefristet bis zum _____

Gewünschtes Alter: _____ (keine Garantie) Frau Mann unwichtig

Sprachkenntnisse einfache mittlere gute sehr gute

Führerschein unwichtig ja Schaltung Automatik

Raucher (keine Garantie) nein ja (nur draußen) unwichtig

Wichtig: _____

Einführung in die Gemeinde
(Wege für Spaziergänge, Fahrt zum Hausarzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten usw.)

Von: _____

Aufgaben der Betreuungskraft

Einkaufen gehen	Arztbesuche	Pflege der Zimmerpflanzen
kochen	Grundpflege	Auto fahren
Wäsche waschen	spazieren gehen	
Bügeln	gemeinsame Ausflüge	
Reinigung des Wohnbereichs	Freizeitgestaltung	

Gibt es Haustiere? ja nein wenn ja, welche _____

Wer soll die Haustiere versorgen? Betreuungskraft Familie

Ort und Wohnsituation

Einfamilienhaus	Zweifamilienhaus	Mehrgenerationenhaus
Wohnung	Zimmer _____	Balkon Etage _____
Barriere frei	Barriere arm	Fahrstuhl
Wohnungsausstattung	einfach	normal gehoben

Ort

Dorf

Einw.

Kleinstadt

Einw.

Stadt

Einw.

große Stadt

Einw.

Wohnlage

sehr ruhig

ruhig

belebt

sehr belebt

Außenbereich
Alleinstehend

Vorort
Randlage

Zentrumsnah / Zentrum

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Min.

ca. 20 Min.

ca. 30 Min.

von der Familie erledigt

Verfügbarkeit Bus/Bahn

sehr gut

gut

unzureichend

Zimmer der Betreuungskraft:

Bett

WLAN vorhanden

Telefon Mitnutzung

eigener Wohnbereich

Tisch

WLAN wird auf Wunsch beauftragt

Balkon

eigenes Bad

Schrank

Kein Internet möglich

eigenes WC

gemeinsames Bad

Bemerkungen: _____

Wie haben Sie die PflegeHilfePlus gefunden / wer hat die PflegeHilfePlus empfohlen:

Information der betroffenen Personen (Interessenten, Angehörige, Bevollmächtigte, gerichtlich bestellter Vertreter u.dgl.) bei Direkterhebung (Art. 13 DS-GVO)

Verantwortlicher:

PflegeHilfePlus Bodensee, Allgäu, Oberschwaben, Ralf Petzold, Zum Jägerweiher 20, 88099 Neukirch
Mail: kontakt@pflegehilfe.plus

Gesetzlicher Vertreter:

Inhaber Ralf Petzold

Datenschutzbeauftragter:

keine Benennungspflicht

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Auftragsabwicklung, Vertragsabschluss zur Vermittlung von Pflege- und Betreuungskräften bzw. Pflegediensten und Heimen. Vermittlung der geeigneten Pflegeform.

Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die Verarbeitung ist für die Erfüllung eines Vertrags oder einer vorvertraglichen Maßnahme gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b DS-GVO erforderlich.

Eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO liegt vor. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DS-GVO werden erfüllt.

Kategorien von Empfängern:

Intern (Geschäftsführung + Vertrieb)

Sonstige Empfänger (Personalagenturen für Pflege- und Betreuungskräfte, Pflegedienste- und Heime.)

Datentransfer in ein Drittland:

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.

Zusätzliche Informationspflichten:

Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

10 Jahre (AO) (Löschung nach 10 Jahren. Aufbewahrungsfrist gem. §147 AO für steuerlich relevante Unterlagen)
Vertragsbetreuungsfrist (Kontakt- und Gesundheitsdaten werden während der Vertragsdauer gespeichert, um jederzeit eine Neuvermittlung zu ermöglichen.)

Rechte der betroffenen Person:

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an die oben genannte Verantwortliche Stelle.

Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten über die betroffene Person ist teilweise gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben.

Folgen der Nichtbereitstellung:

Es kann keine geeignete Betreuungsform vermittelt, bzw. kein Vertrag dazu geschlossen werden.

Automatisierte Entscheidungsfindung:

Es erfolgt keine automatisierte Entscheidungsfindung bzw. Profiling.

Einverständnis zu eigenen Marketingzwecken

Ja, ich möchte regelmäßig interessante Angebote per Post und Email über pflegebezogene Themen erhalten und willige Betreuungsfragebogen, dazu ein, dass die von mir Seite gegenüber der PflegeHilfePlus angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner weitergegeben werden, damit diese die Daten mir gegenüber zu Beratungszwecken verwenden können, habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen.

Ich bin damit einverstanden.

Ich bin nicht damit einverstanden.

Unterschrift - Kunde/Bevollmächtigter/Betreuer _____

Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Vertragsschluss nicht von der Erteilung dieser Einwilligung abhängt. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der **PflegeHilfePlus** formlos widerrufen kann.

Anwesend bei der Erstellung dieses Betreuungsfragebogens

Kunde (Patient)	Kontaktperson/Angehörige	Pflegedienst
-----------------	--------------------------	--------------

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten ausschließlich zum Zwecke der Vermittlung einer Betreuungskraft einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich an die PflegeHilfePlus, Zum Jägerweiher 20 in 88099 Neukirch zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht. Die Informationen entsprechend Artikel 13 DS-GVO habe ich erhalten.

Ort, Datum _____

Unterschrift - Kunde/Kontaktperson/Angehöriger _____

Zusatz /Anlagen

Die Informationen / Anlagen _____

Stand _____ habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum _____

Unterschrift - Kunde/Kontaktperson/Angehöriger _____