

Wichtig: Diese Seite (Seite 1 von 14) wird **nur intern** verwendet und nicht weitergegeben!

Kontaktperson (Ansprechpartner)

Vorname / Name _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger Sohn Tochter _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Vollmacht liegt vor

Leistungsempfänger

weiblich männlich divers

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Rechnungsempfänger

Vorname / Name _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Rechnung per Post per Mail

Gold Silber Bronze Basic +10% +20%

Wichtig: 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 _____

Patient ist Raucher ja nein Raucherhaushalt 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: _____ Versichertennummer: _____

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

Wesenszüge

lieb

bescheiden

zurückhaltend

bestimmend

dominant

geduldig

umgänglich

offen

fordernd

ängstlich

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 unter ansteckenden Krankheiten? | ja | nein |
| Falls ja, welche? | _____ | |
| Ist der Patient momentan in einer Klinik/Reha | ja | nein |
| Sind die Angaben ärztlich abgesichert? | ja | nein |

Hilfsmittel

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

Kommunikation

| | | | |
|--------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | uneingeschränkt | eingeschränkt | nicht möglich |
| Hören | | | |
| Sehen | | | |
| Sprechen | | | |
| Hilfsmittel | Brille | Hörgerät | Sonstige: _____ |
| Bemerkungen: | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |

Orientierung

| | vorhanden/ unbeeinträchtigt | größtenteils vorhanden | in geringem Maße vorhanden | nicht vorhanden |
|---|--------------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Erkennen von Personen | | | | |
| Örtliche Orientierung | | | | |
| Zeitliche Orientierung | | | | |
| Steuern von Alltagshandlungen | | | | |
| Treffen von Entscheidungen | | | | |
| Verstehen von Sachverhalten und Informationen | | | | |
| Erkennen von Risiken und Gefahren | | | | |
| Mitteilen von elementaren Bedürfnissen | | | | |
| Verstehen von Aufforderungen | | | | |
| Beteiligen an einem Gespräch | | | | |

Verhaltensweisen

| | nie | selten <i>1-2 pro Woche</i> | häufig <i>3-5 pro Woche</i> | täglich |
|---|-----|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten | | | | |
| Nächtliche Unruhe | | | | |
| Selbstschädigendes und Autoaggressives Verhalten | | | | |
| Beschädigen von Gegenständen | | | | |
| Physisch aggressives Verhalten/ Fremdaggression | | | | |
| Verbale Aggression | | | | |
| Abwehr pflegerischer Maßnahmen | | | | |
| Wahnvorstellungen | | | | |
| Ängste | | | | |
| Antriebslosigkeit bei Depressiver Stimmungslage | | | | |
| Sozial inadäquate Verhaltensweisen | | | | |
| Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen | | | | |

Mobilität

selbständig überwiegend selbstständig überwiegend unselbstständig unselbständig

Positionswechsel im Bett

Halten einer stabilen Sitzposition

Umsetzen

Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Treppensteigen

Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich

Selbständig (ohne Begleitung)

Überwiegend selbständig (mit Unterstützung, aber auch mit Eigenaktivität der Person)

Überwiegend/völlig unselbständig (Hilfe durch **eine Person** reicht jedoch aus)

Überwiegend/völlig unselbständig (Hilfe durch **zwei Personen** erforderlich)

Fortbewegung außerhalb der Wohnung (zu Fuß oder im Rollstuhl)

Selbständig (ohne Begleitung)

Nur auf gewohnten Wegen selbständig

Auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich

Auch mit personeller Hilfe nicht möglich

Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr

Selbständig (ohne Begleitung)

Nur auf gewohnten Strecken selbständig

Auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich

Auch mit personeller Hilfe nicht möglich

Mitfahren in einem Kraftfahrzeug

Selbständig (ohne Begleitung)

Benötigt nur Hilfe beim Ein-/Aussteigen (Hilfsperson während der Fahrt nicht erforderlich)

Benötigt Hilfe (auch) während der Fahrt mit dem PKW/Taxi (zusätzlich zum Fahrer)

Nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig

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

selbständig selbstständig
mit Anleitung mit Unterstützung volle
Übernahme

Duschen / Baden

Hautpflege

Mundpflege

Zahnprothese

Haarpflege

Intimpflege

Rasieren

Hand / Fußpflege

Sonstiges: _____

Ausscheiden

| | | | |
|------------------|----|------|--------------|
| | ja | nein | gelegentlich |
| Urininkontinenz | | | |
| Stuhlinkontinenz | | | |

Hilfsmittel

| | | |
|--|-------|------|
| | ja | nein |
| Blasenkatheter | | |
| Suprapubischer Katheter | | |
| Urinflasche | | |
| Einlagen | | |
| Pants | | |
| Vorlagen | | |
| Inkontinenzrezept vom Hausarzt liegt vor | | |
| Sonstige: | _____ | |

Hilfsmittel zum Verbrauch (40 Euro)

| | | | | |
|-----------|-----------------|-----------------------|----|------|
| vorhanden | nicht vorhanden | Empfehlung gewünscht: | ja | nein |
|-----------|-----------------|-----------------------|----|------|

Kleidung

| | | | | |
|--|-------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|
| | selbständig | überwiegend selbstständig | überwiegend unselbstständig | unselbständig |
| Ankleiden | | | | |
| Auskleiden | | | | |
| Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden | | | ja | nein |
| Kleidung muss auf jahreszeitliche Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden | | | ja | nein |

Haushaltsführung

| | selbständig | überwiegend selbstständig | überwiegend unselbstständig | unselbständig |
|---|-------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|
| Einkaufen für den täglichen Bedarf | | | | |
| Zubereitung einfacher Mahlzeiten | | | | |
| Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten | | | | |
| Aufwendige Aufräum und Reinigungsarbeiten | | | | |
| Wäschepflege | | | | |
| Nutzung von Dienstleistungen | | | | |
| Umgang mit finanziellen Angelegenheiten | | | | |
| Umgang mit Behördenangelegenheiten | | | | |

Essen

| | selbständig | überwiegend selbstständig | überwiegend unselbstständig | unselbständig |
|-------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|
| Essen | | | | |
| Trinken | | | | |
| Kauen - Schlucken | | | | |
| PEG Sonde | ja | nein | | |
| Nahrung klein schneiden | ja | nein | | |
| Nahrung pürieren | ja | nein | | |

Ernährungszustand

Normal
Unterernährt
Adipös
Entwässert

Kostform

Normal
Vegetarisch
Diabetes
Vegan

Trinkmenge

Normal
Wenig
Viel
zum Trinken animieren

Essen, gerne: _____

Trinken, gerne: _____

Ruhen - Schlafen

| | problemlos | problematisch | | |
|-------------------|------------|---------------|-----------|-----------------------------|
| Einschlafen | | | | |
| Durchschlafen | | | | |
| zu Bett gehen ca. | _____ Uhr | Aufstehen ca. | _____ Uhr | Mittagsschlaf ca. _____ Uhr |

Nächtliche Einsätze

Alleine (Hilfe nicht notwendig)
Gelegentlich (4-7x pro Woche)

Nie bzw selten (max. 3x pro Woche)
Häufig (mehrmals pro Nacht)

Bemerkungen: _____

Therapien/Beschäftigung

Patient ist zu Hause

Patient ist momentan in der Reha/Klinik

Ergotherapie

Tagespflege

Musiktherapie

Ehrenamtliche Helfer

Beschäftigungstherapie

Familienmitglieder sind an ___Tagen in der
Woche für mindestens 1 Stunde vor Ort

Logopädie

Sonstige _____

Krankengymnastik

Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:

schnellstmöglich

zum: _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:

unbefristet

bis: _____

Alter: _____
(keine Garantie) gewünschtes Alter: _____

Geschlecht: Frau Mann unwichtig

Sprachkenntnisse: Basic Bronze Silber Gold

Führerschein: unwichtig ja Schaltung Automatik

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

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 | Holzofen befeuern |
| Bügeln | gemeinsame Ausflüge | Gartenhilfe |
| Reinigung des Wohnbereichs | Freizeitgestaltung | Winterdienst (GS) |

Gibt es Haustiere?

nein ja _____

Wer soll die Haustiere versorgen?

Betreuungskraft

Familie

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 E-Mail über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die im Betreuungsfragebogen von mir gegenüber der PflegeHilfePlus angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflege- und Betreuungsbereich 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 und ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der **PflegeHilfePlus** formlos widerrufen kann.

Anwesend bei der Erstellung dieses Fragebogens

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 _____