

**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

### Kommunikation

uneingeschränkt      teilweise eingeschränkt      eingeschränkt

Hören

Sehen

Sprechen

Hilfsmittel:

Brille

Hörgerät

Sonstige \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Orientierung

uneingeschränkt      teilweise eingeschränkt      eingeschränkt

Zeitlich

Örtlich

Persönlich

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Mobilität

uneingeschränkt      teilweise eingeschränkt      eingeschränkt

Gehen:

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Stehen:

uneingeschränkt      teilweise eingeschränkt      eingeschränkt

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**

Normal  
Unterernährt  
Adipös  
Entwässert

## **Kostform**

Normal  
Vollwert  
Vegetarisch  
Diabeteskost

## **Trinkmenge**

Normal  
Wenig  
Viel  
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)  
Gelegentlich (4-7 x pro Woche)

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

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Therapien - Beschäftigung

Patient ist zu Hause

Ergotherapie  
Musiktherapie  
Beschäftigungstherapie  
Logopädie  
Krankengymnastik

Patient ist momentan in der Klinik/Reha

Tagespflege  
Ehrenamtliche Helfer  
Familienmitglieder sind an \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche für mindestens 1 Stunde vor Ort  
Sonstige \_\_\_\_\_

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

**Wesenszüge**

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	Kleinstadt	Stadt	große Stadt
_____ Einw.	_____ Einw.	_____ Einw.	_____ 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
-------------	-------------	-------------	--------------------------

<b>Verfügbarkeit Bus/Bahn</b>	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, Obere Bahnhofstraße 8, 88662 Überlingen (D)  
07551-945 2560, kontakt@pflegehilfeplus.eu, www.pflegehilfeplus.eu

### Gesetzlicher Vertreter/Inhaber:

Markus Ziegler

### Datenschutzbeauftragter:

Nicht erforderlich

### Angaben zur Verarbeitungstätigkeit / Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Datenerfassung zur Vermittlung / Suche der geeigneten Pflegeform inkl. Auftragsabwicklung- und Verwaltung

### Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die Verarbeitung ist für die Erfüllung eines Vertrages 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 und Empfänger (Personalagenturen für Pflege- und Betreuungskräfte, Pflegedienste und Heime).

### Datentransfer in ein Drittland:

Es liegt keine geplante Übermittlung in ein Drittland 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 gewährleisten).

### 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 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 den o.g. Verantwortlichen.

### Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

### Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten/Folgen bei Nichtbereitstellung:

Sie sind nicht zur Bereitstellung der Daten verpflichtet. Sollten diese aber nicht bereitgestellt werden, kann keine Vermittlung oder Beauftragung erfolgen

### Automatisierte Entscheidungsfindung:

Es erfolgt keine automatisierte Entscheidungsfindung bzw. kein 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 \_\_\_\_\_