

Sehr geehrte Interessentin,

sehr geehrter Interessent,

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, pflegebedürftigen Menschen eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege zu Hause zu ermöglichen, ohne dass sie ihre gewohnte Umgebung aufgeben müssen.

Eine solide und gründliche Personalsuche mit anschließender Personalauswahl sind die Grundlage für eine erfolgreiche und harmonische Pflege und Betreuung.

Unser Betreuungsfragebogen bildet die Basis für die nachfolgenden Personalgespräche zur Vorauswahl einer möglichst am besten geeigneten Betreuungs- und Pflegekraft.

Mit den

- Gesundheits- und Anamnesedaten zum Pflegebedürftigen
- Den Angaben zu den speziellen örtlichen Gegebenheiten sowie
- Den individuellen Kundenwünschen zur Betreuungs- und Pflegekraft

Begeben wir uns in die Personalsuche und Sie erhalten unsere Personalvorschläge.

Wichtig:

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit und beantworten Sie alle Fragen.

Bitte Beschönigen Sie nichts. Die Pflege- und Betreuungskräfte kennen die zukünftigen Herausforderungen und Aufgaben und auch die Verhältnisse am Einsatzort nur aus diesem Betreuungsfragebogen.

Wenn Sie den Fragebogen online unter www.pflegehilfeplus.de ausfüllen, finden Sie am Ende folgenden Button zum Absenden direkt aus Ihrem Mailprogramm heraus:

Nach Erhalt des Bogens melden wir uns mit den nächsten Schritten umgehend bei Ihnen.

Ihr Team der
PflegeHilfePlus Franken

Wichtig:

Diese Seite (Seite 2 von 12) wird nur intern verwendet und nicht weitergegeben. Ihre Anfrage wird anonymisiert bearbeitet.

Kontaktperson (Auftraggeber)

Vorname / Name _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Email _____

Vollmacht liegt vor

notarielle
Vollmacht liegt vor

gerichtlich
bestellter Betreuer

Leistungsempfänger

weiblich

männlich

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Email _____

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

Anonymisiertes Verfahren, nur die Seiten 3 bis 12 werden zur Personalsuche weitergegeben!

Anonymisiertes Kennzeichen der Anfrage: _____

Anfragedatum: _____

Voraussichtlicher Einsatzbeginn schnellstmöglich zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes unbefristet bis zum _____

Leistungsempfänger weiblich männlich

Geburtsdatum _____ Größe _____ ca. cm Gewicht _____ ca. kg

PLZ / Ort _____

Raucherhaushalt ja nein Patient ist Raucher ja nein

Grundsätzliche Fragen zum Leistungsempfänger:

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. aus dem Bett oder in

den Rollstuhl) 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

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

Anerkannte Pflegebedürftigkeit

	Es ist noch kein Pflegegrad (PG) bestätigt			PG ist bereits länger als 6 Monate bestätigt		
PG bestätigt	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	
PG beantragt	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	

Bekannte Krankheitsbilder

Allergien	COPD	multiple Sklerose
Dekubitus	Diabetes insulinpflichtig	Osteoporose
Alzheimer	Herzinfarkt	Rheuma
Asthma	Blutverdünner	Parkinson seit ____
chronische Durchfälle	Herzinsuffizienz	Stoma (Anus praeter)
Demenz (Anfangsstadium)	Herzrhythmusstörung	Tumor _____
Demenz (Fortgeschritten)	Hypertonie	Schlaganfall
Weglauff Tendenz	Inkontinenz	Depression
altersbedingte Gehschwäche	Neurodermitis	

Hinweise: _____

Kommunikation	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hören			
Sehen			
Sprechen			

Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	Zahnprothese
--------------------	--------	----------	--------------

Hinweise: _____

Orientierung uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Zeitlich

Örtlich

Persönlich

Hinweise

Mobilität | Gehen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hinweise

Mobilität | Stehen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hinweise

Hilfsmittel

Gehstock	Nachtstuhl	Pflegebett
Antidekubitus-Matratze	Patientenlift	Treppenlift
Rollator	Rollstuhl	ebenerdige Dusche
Badewannenlift	geplant/beantragt: _____	

Transfer

Transfer ist nicht notwendig	Patient muss gehoben werden
Patient benötigt Unterstützung	Transfer nur mit Patientenlift möglich
Patient hilft aktiv mit	Hinweise: _____
Patient hilft nicht mit	

Kleidung uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Auskleiden

Ankleiden

Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden ja nein

Kleidung muss auf jahreszeitliche Eignung, Sauberkeit kontrolliert werden ja nein

Hygiene

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen / Baden			
Mundpflege			
Zahnprothese			
Haarpflege			
Intimpflege			
Rasieren			

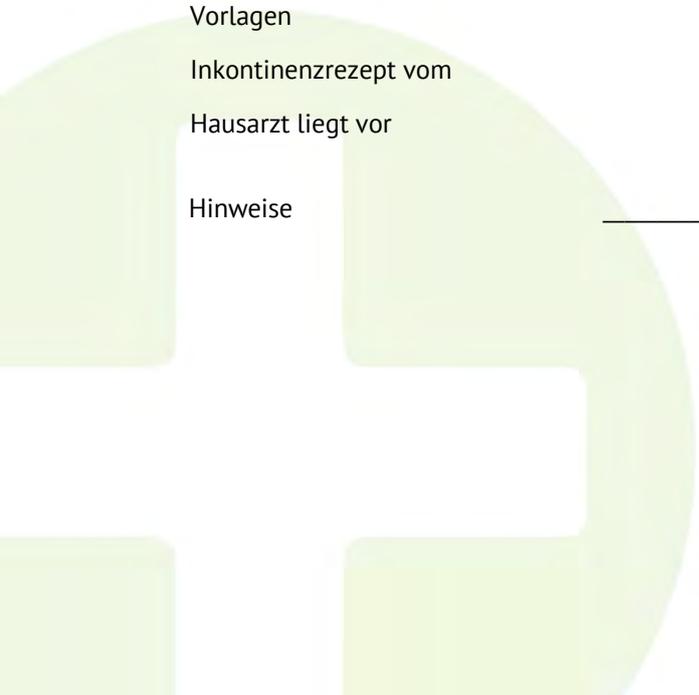
Patient wird im Bett gewaschen	ja	nein
Hand-Fußpflege	Familie	Fußpflege kommt

Hinweise _____

Ausscheiden

	Ja	gelegentlich	nein
Urininkontinenz			
Stuhlinkontinenz			
Blasenkatheter			
Suprapubischer Katheter			
Urinflasche			
Windeln/Panty`s			
Vorlagen			
Inkontinenzrezept vom Hausarzt liegt vor			

Hinweise _____



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

Ernährungszustand	Trinkmenge	Kostform
Normal	Normal	Normal
Unterernährt	Wenig	Vollwert
Adipös	Viel	Vegetarisch
Entwässert	Muss zum Trinken animiert werden	Diabeteskost

Hinweise _____

Ruhen und Schlafen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Einschlafen			
Durchschlafen			
Zu Bett gehen	ca. ____ Uhr, Aufstehen: ca. ____ Uhr und Mittagsschlaf: ca. ____ Stunden		

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)

Hinweise _____

Hobbies und Interessen des Patienten

Musik	Fernsehen	Natur/Garten	Spaziergehen
Spiele	Malen	Lesen	Kreuzwörterrätsel

Weitere: _____

Wesenszüge, die den Patienten beschreiben

ängstlich	geduldig	bescheiden	umgänglich	offen
fordernd	bestimmend	zurückhaltend	störrisch	lieb

Weitere: _____

Gewünschte Betreuungskraft

Gewünschtes Alter _____ Jahre (keine Garantie)	Frau	unwichtig	Mann		
Sprachkenntnisse	Sehr Gute	Gute	Mittlere	einfache	keine
Führerschein erforderlich	Ja	unwichtig	nein		
KFZ vor Ort vorhanden	Automatik	Schaltung	kein KFZ		
Raucher (keine Garantie)	nur draußen	unwichtig	nein		

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

Was ist Ihnen für die Betreuung am Wichtigsten? _____

Aufgaben der Betreuungskraft

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

Gibt es Haustiere? Ja nein
wenn ja, welche _____

Wer soll die Haustiere versorgen? Betreuungskraft Familie

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

Entlastung und Unterstützung der Betreuungskraft vor Ort bei Ihrer Arbeit

Jeder Mensch benötigt Zeiten, in denen er sich ausruhen und auch einmal „abschalten“ kann. Das „Krafttanken“ ist gerade in der Pflege und Betreuung ein wichtiger Faktor. Denn nur wer seine Kräfte regelmäßig regenerieren kann, der kann auch gut pflegen und betreuen.

Betreuung in der Freizeit übernimmt: _____

An _____ Tagen in der Woche ist ein Familienmitglied für mind. eine Stunde vor Ort

Nutzung der Entlastungsleistungen (131 € z.B. über Ambulanter Pflegedienst, Seniorenbetreuer o.a.)

Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an ____ Tagen in der Woche

Entlastung der Betreuungs- und Pflegekraft durch einen Ambulanten Pflegedienst (PD)

Erfolgt derzeit eine Versorgung? ja nein wird abbestellt

Welche Leistungen erbringt der PD? Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.)
Med. Pflege (Spritzen, Tabletten, Thrombosestrümpfe etc.)

Wie oft kommt der PD? _____

Name des PD, Telefon _____

Ist ein Hausnotrufsystem vorhanden? ja nein beauftragt ab _____

Ist ein Schlüssel hinterlegt? ja nein bei _____

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

Unterstützende Therapien und Beschäftigungen für den Patienten in der Häuslichkeit

Ergotherapie	Tagespflege
Musiktherapie	Ehrenamtliche Helfer
Beschäftigungstherapie	Logopädie
Krankengymnastik	_____

Der Patient/die Patientin wohnen in:

Dorf	Kleinstadt	Stadt	Große Stadt
_____ tsd. EW	_____ tsd. EW	_____ tsd. EW	_____ tsd. EW
Einfamilienhaus	Zweifamilienhaus	Mehrgenerationenhaus	
Wohnung	mit _____ Zimmer	Balkon	_____ Etage
Barrierefrei	Barrierearm	Fahrstuhl	

Die Ausstattung der Häuslichkeit ist:

einfach	normal	gehoben
---------	--------	---------

Die Wohnlage ist:

sehr ruhig	ruhig	belebt	sehr belebt
Außenbereich, Alleinstehend	Vorort, Randlage	Zentrumsnah	Zentrum

Die nächste Einkaufsmöglichkeit für einen Wocheneinkauf ist fußläufig zu erreichen in:

Ca. 10 Min.	ca. 20 Min.	ca. 30 Min.
Der Einkauf wird von der Familie erledigt		

Die nächste Haltestelle für Bus, S-Bahn oder Straßenbahn ist fußläufig zu erreichen in:

Ca. 10 Min.	ca. 20 Min.	ca. 30 Min.	>30 Minuten
-------------	-------------	-------------	-------------

Das Zimmer der Betreuungskraft hat folgende Ausstattung:

Bett	WLAN vorhanden	eigenes WC
Schlafcouch	WLAN wird auf Wunsch beauftragt	eigenes Bad
TV	Kein Internet möglich	gemeinsames Bad
Schrank, Tisch	Mitnutzung Telefon	Eigene Wohnung

Zur Freizeitgestaltung der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

KFZ	Fahrrad	Balkon	Garten
-----	---------	--------	--------

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

Verantwortlicher:

PflegeHilfePlus Franken, Inh. Herr Marco Maaß | Ziegelhüttenstrasse 23 | 97508 Grettstadt
E-Mail: franken@pflegehilfeplus.de

Gesetzlicher Vertreter:

Herr Marco Maaß

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:

Speicherungsdauer 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 den 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 Franken 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.



Kunde bzw. 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 Franken formlos widerrufen kann.

Anwesend bei der Erstellung dieses Betreuungsfragebogens:

Kunde (Patient)

Kontaktperson/Angehörige

Pflegedienst

Fragebogen wurde vorab telefonisch erstellt und zur Unterschrift an den Kunden/Bevollmächtigten zur Gegenzeichnung zugesandt

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 Franken, Inh. Marco Maaß | Ziegelhüttenstrasse 23 | in 97508 Grettstadt 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)



Unterschrift PflegeHilfePlus

