PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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
- Angaben zu den speziellen örtlichen Gegebenheiten
- individuellen Kundenwünschen zur Betreuungs- und Pflegekraft

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

Wichtig:

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit, beantworten Sie alle Fragen und beschönigen Sie nichts.
Bis zu unserem persönlichen Besuch bei Ihnen kennen die Pflege- und Betreuungskräfte die 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:

Fragebogen jetzt per Email absenden
PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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

Ihr Team der
PflegeHilfePlus GmbH

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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 _____

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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) ☐ 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

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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
☐ Weglauftendenz	☐ Inkontinenz	☐ Depression
☐ altersbedingte Gehschwäche	☐ Neurodermitis	

Hinweise: _____

Kommunikation	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hören	☐	☐	☐
Sehen	☐	☐	☐
Sprechen	☐	☐	☐

Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	Zahnprothese
	☐	☐	☐

Hinweise: _____

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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
☐ Antidekubitus-Matratze
☐ Rollator
☐ Badewannenlift
☐ Nachtstuhl
☐ Patientenlift
☐ Rollstuhl
☐ Pflegebett
☐ Treppenlift
☐ ebenerdige Dusche

geplant/beantragt: _____

Transfer

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

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

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

Hygiene

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen / Baden	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐
Zahnprotese	☐	☐	☐
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 _____

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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)
☐ Gelegentlich (4-7 x pro Woche)
☐ Nie bzw. selten (max. 3x pro Woche)
☐ Häufig (mehrmals pro Nacht)

Hinweise _____

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

Hobbies und Interessen des Patienten

☐ Musik ☐ Fernsehen ☐ Natur/Garten ☐ Spazierengehen
☐ Spiele ☐ Malen ☐ Lesen ☐ Kreuzworträtsel

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 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 vorsorgen? ☐ Betreuungskraft ☐ Familie

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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 (125€ 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

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

Unterstützende Therapien und Beschäftigungen für den Patienten in der Häuslichkeit

- ☐ Ergotherapie
- ☐ Musiktherapie
- ☐ Beschäftigungstherapie
- ☐ Krankengymnastik
- ☐ Tagespflege
- ☐ Ehrenamtliche Helfer
- ☐ Logopädie
- ☐ _____

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/Bevollmächtige/gerichtlich bestellter Vertreter) bei Direkterhebung (Art. 13 DS-GVO)

Verantwortlicher:
PflegeHilfePlus GmbH, An den Brunnen 13, 01445 Radebeul (Deutschland) 0351-27570123, post@pflegehilfeplus.de, www.pflegehilfeplus.de

Gesetzlicher Vertreter:
Thomas Heller - Geschäftsführer -
Guido Reichert - Geschäftsführer -

Datenschutzbeauftragter: nicht erforderlich

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit: Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:
Datenerfassung zur 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:
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 den oben genannten Datenschutzbeauftragten.

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

Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten: Sie sind nicht zur Bereitstellung der Daten verpflichtet.

Automatisierte Entscheidungsfindung:
Es erfolgt keine automatisierte Entscheidungsfindung bzw. Profiling.

PflegeHilfe
Leben neu organisiert

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 PfegeHilfePlus GmbH 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 GmbH 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 GmbH, An den Brunnen 13, in 01445 Radebeul 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 _____

Fragebogen jetzt per Email absenden

PflegeHilfe
Leben neu organisiert