

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 GmbH

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
Weglauftendenz	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	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
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 GmbH, An den Brunnen 13, 01445 Radebeul
E-Mail: info@pflegehilfeplus.de

Gesetzlicher Vertreter:

Die Geschäftsführer

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 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.

Betreuungsfragebogen, Seite 12 von 12

Beauftragung zur Personalsuche

Ich beauftrage die PflegeHilfePlus GmbH mit der Personalsuche entsprechend den Angaben in diesem Betreuungsfragebogen. Für den Zeit- und Rechercheaufwand betragen die Kosten 100€ (Kostenpauschale). Nach Begleichung meiner ersten Rechnung für die vermittelte Pflege- und Betreuungskraft wird mir diese Kostenpauschale von der PflegeHilfePlus GmbH erstattet.

Ich wünsche den sofortigen Beginn der Personalsuche vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist. Ich bin mir bewusst, dass im Falle meines Widerrufs und des Suchbeginns vor Ablauf der Widerrufsfrist für tatsächlich erbrachten Aufwendungen ein angemessener Betrag (Wertersatz) zu entrichten ist.

Ich bin damit einverstanden.

Ich wünsche keine Personalsuche.



Kunde bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Mir ist bekannt, 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

