

Allgemeiner Fragebogen

Ermittlung der passenden Betreuungskraft

Personen im gemeinsamen Haushalt

Die Person lebt allein, eine weitere Person ist nicht im Haushalt

Es handelt sich um zwei Personen die zu betreuen sind (Bitte beigelegten Analysebogen B verwenden)

Die Person lebt mit einer zweiten, nicht betreuungsbedürftigen Person, in einem Haushalt

(A) Name

Vorname

Ihre persönlichen Erwartungen (Wünsche) an die Betreuungskraft:

Einsatzbeginn

Sofort

Ab

Vorausgesehene Einsatzdauer

Unbefristet

Befristet

Alter der Betreuungskraft

Egal

Alter

Geschlecht

Weiblich

Männlich

Egal

Führerschein

Ja, wichtig

Egal

Wenn Führerschein, dann

Automatikgetriebe

Manuelle Schaltung

Raucher

Ja

Nein

Egal (wenn draußen)

Sprachkenntnisse (Pflegeherzen empfiehlt: Note 2 - 3)

Note 1

Note 2

1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=Grundwortschatz

Note 3

Note 4

Zwingende Voraussetzungen am Einsatzort,
für eine Betreuungskraft:

Stets freie Kost für Ihre Betreuungskraft

Frei verfügbares Einzelzimmer, möbliert

Stets freie Logis für Ihre Betreuungskraft

Vertrags konforme Arbeitszeitregelungen

Kommunikationsmöglichkeiten für die Betreuungskraft: Besteht
die Möglichkeit der Mitnutzung eines Festnetztelefons für die
Betreuungskraft?

Ja

Nein

i Telefonkosten müssen durch Kunden gedeckt werden.

(Telefonbenutzung durch die Betreuungskraft muss angemessen sein. In der Regel telefonieren die Betreuungskräfte über das Internet.)

Internetnutzung (zwingende Voraussetzung)

Ja

Beantragt

A. Informationen über Ihren Gesundheitszustand

Krankheitsmerkmale

Ansteckende Krankheiten?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Allergien?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Tumor?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Blutverdünner?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

MS-Patient

Depressionen

Geistig behindert

Osteoporose

Dekubitus (Druckgeschwür)

Asthma

Probleme mit der Speiseröhre

Chronischer Durchfall

Bluthochdruck

Diabetes

Demenz

Schlaganfall

Parkinson

Alzheimer

Arthrose

Rheuma

Sturzgefahr

Schwerhörigkeit

Sonstige Krankheiten

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Inkontinenz

Besteht Inkontinenz?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Urin

Kontinent

Teilweise inkontinent (z.B. nachts)

Inkontinent

Dauerkatheter

Stuhl

Kontinent

Teilweise inkontinent (z.B. nachts)

Inkontinent

Dauerkatheter

Nachtruhe des zu Betreuenden (Zeitausgleich und/oder finanzieller Zuschlag notwendig)

Steht nachts auf

Nein

1-2x

3-4x

Mehr als 4x

Nächtliche Einsätze der Betreuungskraft notwendig

Nein

Ja, ca.

Pro Nacht

Wenn ja, bitte erläutern

Schlafmedikation

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Pflegegrad

Keiner

Letzte Untersuchung durch den MDK

Pflegegrad erteilt/beantragt

I

II

III

IV

V

Tagesstruktur

Patient/in steht um

Uhr auf

Patient/in geht um

Uhr ins Bett

Patient/in geht selbstständig zu Bett

Ja

Nein, braucht Hilfe

Patient/in hält täglich Mittagsschlaf

Nein

Ja, um ca.

Uhr, für ca.

Stunden

Frühstück (Uhrzeit)

Mittagessen (Uhrzeit)

Zwischenmahl (Uhrzeit)

Abendessen (Uhrzeit)

Gibt es feste Tätigkeiten, Tagesstrukturen oder Eigenarten

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Nehmen Sie Dienstleistungen von Pflegediensten in Anspruch

Nein, bisher nicht

Es gibt bereits Leistungen durch einen Pflegedienst

Leistungen, bitte erläutern:



Wir raten dazu, eingesetzte Pflegedienste auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!
Medizinische Dienstleistungen werden von den Betreuungskräften nicht durchgeführt!

A. Informationen über Ihren Gesundheitszustand II

Beweglichkeit

	Uneingeschränkt	Teilweise eingeschränkt	Eingeschränkt	Nicht möglich (bettlägerig)
Gehen				
Stehen				
Sitzen				
Liegen				
Erläuterung				

	Selbstständig	Mit wenig Hilfe	Kann nicht mithelfen	Nicht notwendig
Treppensteigen				
Transfer				
Transfer Bett				
Aufstehen Stuhl/Bett				
Essen				
Erläuterung				

Hilfsmittel

Gehilfe

Treppenlift

Altersgerechtes Bad

Hebegurt

Hebesitz

Patientenlifter

Toilettenstuhl

Krankenbett

Urinflasche

Windeln

Einlagen

Hausnotruf

Rollator

Rollstuhl

Sonstige

Kommunikationsfähigkeit

Vollständig erhalten

Sehen eingeschränkt

Hören eingeschränkt

Sprechen eingeschränkt

Verstehen eingeschränkt

Erläuterung

Orientierung

Demenz

Vollständig erhalten

Zeit eingeschränkt

Ort eingeschränkt

Person eingeschränkt

Erläuterung

Bitte Charakter des zu Betreuenden kurz beschreiben

Bitte Hobby und Interessen des zu Betreuenden kurz beschreiben

A. Angaben zum Haushalt und Dienstleistungen

Angaben zum Leistungsnehmer und deren Angehörigen

Person lebt alleine

Ja

Nein

Angehörige

Gemeinsamer Haushalt

Kommen zu Besuch

(Anzahl)

Hilfestellung durch Angehörige, wenn notwendig (freiwillig)

Ja

Nein

Erläuterung

Hilfestellung

Duschen/Baden

An- & Auskleiden

Nahrungsaufnahme

Vorlagenwechsel

Pflegedienst

Sonstiges

Dienstleistung

Kochen für

Personen inkl. Betreuungskraft

Bügeln für

Personen

Wäsche waschen für

Personen

Autofahren

Arztbesuche

Tägliches Aufräumen der Wohnung

Haustiere versorgen Welche und wie viele

Einkaufen

Gesellschaft leisten

Gesellschaftsspiele

Spazieren gehen

Bemerkung

Essgewohnheiten

Isst der Patient/in Vegetarisch

Ja

Nein

Isst der Patient/in Vegan

Ja

Nein

Was muss bei der Zubereitung der Mahlzeiten beachtet werden

Unverträglichkeiten / Allergien

Diät / Spezialkost

Mag Patient/in besonders

Mag Patient/in nicht

Sonstiges

Haushalt

Wohnlage	Dorf	Kleinstadt	Großstadt
Größe des Haushalts		Haus <input type="text"/> m ²	Wohnung <input type="text"/> m ²
Welches Stockwerk		EG	OG <input type="text"/> Etage
Treppen zwischen Straße und Haushalt		Nein	Ja <input type="text"/> Stufen
Stockwerktransfer notwendig		Ja	Nein
Handelt es sich um einen Raucherhaushalt		Ja	Nein
Wenn ja, bitte erläutern			
Entfernung zur nächstgrößeren Stadt			Km <input type="text"/>
Entfernung zur nächsten Einkaufsmöglichkeit		Zu Fuß <input type="text"/> min	Taxi <input type="text"/> min
Garten vorhanden		Ja <input type="text"/>	Nein

Unterkunft der Betreuungskraft und deren Ausstattung

Eigenes Bad	TV	Radio	Schreibtisch
Schrank	Couch	Bett	Fenster
Zugang Garten	Eigener Eingang	Fahrrad	
Eigene Wohnung im Haus		Zimmer auf anderer Etage	
Zimmer unmittelbar an Patientenzimmer			

Allgemeine Kundendaten

Leistungsnehmer - eine oder zwei Personen (im gemeinsamen Haushalt lebend)

A. Name		A. Vorname	
Geburtsdatum		Gewicht	
Größe			
B. Name		B. Vorname	
Geburtsdatum		Gewicht	
Größe			
Straße		PLZ	
Ort		Ortsteil	
Telefon		Telefax	
Mobil		E-Mail	

Ansprechperson

Name	Vorname
Straße	PLZ
Ort	Ortsteil
Telefon	Telefax
Mobil	E-Mail

i Weitere potentielle Ansprechpartner werden nach telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme in unserem betriebsinternen System aufgenommen. (Bitte beachten: Nur eingetragene Ansprechpartner erhalten von uns Auskünfte)

Ambulanter Pflegedienst + Leistungen (falls vorhanden)

Wenn Leistungen, erläutern

Hausarzt

Wie sind Sie auf Pflegeherzen aufmerksam geworden?

DSVGO Hinweise zur Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen Ihrer Angebotsanfrage, deren Bearbeitung sowie der Erstellung eines Vertrages und dessen Umsetzung personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

1. Name und Anschrift des für die Verarbeitung Verantwortlichen

Verantwortlich für die Erhebung, Speicherung, Bearbeitung, Weitergabe und Löschung der Daten ist:

Pflegeherzen Temi & Avarello, GbR, Am Itzenplitzer Weiher 8, 66578 Schiffweiler

Verantwortliche:

Herr Luigi Avarello Email: avarello@pflegeherzen.de

Herr Krystian Temi Email: temi@pflegeherzen.de

Kontakt: Telefon: 06821 / 86 90 57 3

Telefax: 06821/90 47 66 2

E-Mail: kontakt@pflegeherzen.de

2. Name und Anschrift des Datenschutzbeauftragten

Der Datenschutzbeauftragte des für die Verarbeitung Verantwortlichen ist:

Herr Ludwig Kuhn

Gehlenberstr. 36

66125 Saarbrücken

E-Mail: datenschutz@pflegeherzen.de

Jede betroffene Person kann sich jederzeit bei allen Fragen und Anregungen zum Datenschutz direkt an unseren Datenschutzbeauftragten wenden.

3. Zweck, Rechtsgrundlage und Dauer der Verarbeitung

Zweck - Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Erstellung eines Angebotes, der Suche nach einer geeigneten Betreuungskraft und der Erstellung eines Vertrages sowie der Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Verarbeitung der Daten ist die Erbringung der oben genannten Leistungen nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Zur Erstellung eines Angebotes über Betreuungsleistungen benötigen wir u.a. folgende personenbezogene Daten: Ihre Kontaktdaten, Informationen zu Ihrer Lebenssituation, Informationen zu Ihrer Lebenssituation von Angehörigen, Angaben zur häuslichen Situation, Ggf. Ihr Pflegegrad, Gesundheitsmerkmale und Krankheiten, benötigte Unterstützungsleistungen.

Zur Ermittlung einer Betreuungskraft werden wir eine Anfrage an einen unserer Kooperationspartner stellen. Dabei werden Ihre Daten jedoch anonymisiert, so dass lediglich die zur Angebotserstellung benötigten Daten zu Ihrem Gesundheitszustand, der häuslichen Umgebung oder der benötigten Leistungen ohne Bezug zu Ihnen bzw. der jeweiligen pflegebedürftigen Person weitergegeben werden. Nach Abgabe des Angebotes durch den Kooperationspartner leiten wir das Angebot an Sie weiter.

Dieses Angebot enthält ebenfalls anonymisierte Daten zu der in Frage kommenden Betreuungskraft. Sollte es zu einem Auftrag kommen, werden Sie mit einem unserer Kooperationspartner einen Vertrag über die Erbringung von Betreuungsleistungen abschließen. Die weitere Erfassung der personenbezogenen Daten erfolgt dann zum Zwecke der Erfüllung des Vertrages.

DSVGO II

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. a. und b. Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO.

Dauer der Verarbeitung

Die Daten zur Erstellung des Angebotes werden in unserem System für 2 Jahre nach der Anfrage vorgehalten.

Danach werden sie gelöscht, sollten keine gesetzlichen oder ähnlichen Anforderungen dem entgegenstehen.

Die Daten zur Erfüllung des Vertrages bleiben so lange gespeichert, wie sie zur Erfüllung des Vertrages benötigt werden. Des Weiteren haben wir gesetzliche Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten zu erfüllen.

4. Rechte der betroffenen Person

Hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten haben Sie folgende Rechte: Recht auf Berichtigung und Löschung, Recht auf Auskunft, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und Recht auf Datenübertragbarkeit.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Lösung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann. Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu.

Unabhängiges Datenschutzzentrum Saarland

Fritz-Dobisch-Straße 12

66111 Saarbrücken

Telefon: (0681) 94781-0

E-Mail: poststelle@datenschutz.saarland.de

Ich habe diese Datenschutz-Information erhalten und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu den oben genannten Zwecken zu.

Wichtige Informationen

Ich wurde informiert, dass der Dienstleistungsvertrag zwischen mir und einem polnischen Dienstleistungsunternehmen geschlossen wird. Hierbei wird eine Betreuungskraft für gewünschte Dienstleistungen und zum gewünschten Einsatzort gemäß EU - Richtlinien entsendet. Der Dienstleistungsempfänger hat kein Weisungsrecht / Direktionsrecht gegenüber der Betreuungskraft. Die wöchentliche regelmäßige Arbeitszeit der Betreuungskraft beträgt bis zu 40 Std.

Ich wurde informiert, dass für Nachteinsätze der Betreuungskraft ein Ausgleich in Form von zusätzlicher Freizeit einzurichten ist. Arbeitszeit-sowie Freizeitreglung entnehmen Sie bitte dem Dienstleistungsvertrag.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Weiter versichere ich, dass ich die Voraussetzungen zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere und erfülle.

Datum, Ort

Unterschrift

B. Informationen über Ihren Gesundheitszustand

(B) Name

Vorname

Krankheitsmerkmale

Ansteckende Krankheiten?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Allergien?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Tumor?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Blutverdünner?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

MS-Patient

Depressionen

Geistig behindert

Osteoporose

Dekubitus (Druckgeschwür)

Asthma

Probleme mit der Speiseröhre

Chronischer Durchfall

Bluthochdruck

Diabetes

Demenz

Schlaganfall

Parkinson

Alzheimer

Arthrose

Rheuma

Sturzgefahr

Schwerhörigkeit

Sonstige Krankheiten

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Inkontinenz

Besteht Inkontinenz?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Urin

Kontinent

Teilweise inkontinent (z.B. nachts)

Inkontinent

Dauerkatheter

Stuhl

Kontinent

Teilweise inkontinent (z.B. nachts)

Inkontinent

Dauerkatheter

Nachtruhe des zu Betreuenden (Zeitausgleich und/oder finanzieller Zuschlag notwendig)

Steht nachts auf

Nein

1-2x

3-4x

Mehr als 4x

Nächtliche Einsätze der Betreuungskraft notwendig

Nein

Ja, ca.

Pro Nacht

Wenn ja, bitte erläutern

Schlafmedikation

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Pflegegrad

Keiner

Letzte Untersuchung durch den MDK

Pflegegrad erteilt/beantragt

I

II

III

IV

V

Tagesstruktur

Patient/in steht um

Uhr auf

Patient/in geht um

Uhr ins Bett

Patient/in geht selbstständig zu Bett

Ja

Nein, braucht Hilfe

Patient/in hält täglich Mittagsschlaf

Nein

Ja ,um ca.

Uhr, für ca.

Stunden

Frühstück (Uhrzeit)

Mittagessen (Uhrzeit)

Zwischenmahl (Uhrzeit)

Abendessen (Uhrzeit)

Gibt es feste Tätigkeiten, Tagesstrukturen oder Eigenarten

Ja

Nein

Wenn ja, bitte erläutern

Nehmen Sie Dienstleistungen von Pflegediensten in Anspruch

Nein, bisher nicht

Es gibt bereits Leistungen durch einen Pflegedienst

Leistungen, bitte erläutern:



Wir raten dazu, eingesetzte Pflegedienste auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!
Medizinische Dienstleistungen werden von den Betreuungskräften nicht durchgeführt!

B. Informationen über Ihren Gesundheitszustand II

Beweglichkeit

Uneingeschränkt Teilweise eingeschränkt Eingeschränkt Nicht möglich (bettlägerig)

Gehen

Stehen

Sitzen

Liegen

Erläuterung

Selbstständig

Mit wenig Hilfe

Kann nicht mithelfen

Nicht notwendig

Treppensteigen

Transfer

Transfer Bett

Aufstehen Stuhl/Bett

Essen

Erläuterung

Hilfestellung

Duschen/Baden

An- & Auskleiden

Nahrungsaufnahme

Vorlagenwechsel

Pflegedienst

Sonstiges

Dienstleistung

Kochen für

Personen inkl. Betreuungskraft

Bügeln für

Personen

Wäsche waschen für Personen

Autofahren

Arztbesuche

Tägliches Aufräumen der Wohnung

Haustiere versorgen Welche und wie viele

Einkaufen

Gesellschaft leisten

Gesellschaftsspiele

Spazieren gehen

Bemerkung

Essgewohnheiten

Isst der Patient/in Vegetarisch

Ja

Nein

Isst der Patient/in Vegan

Ja

Nein

Was muss bei der Zubereitung der Mahlzeiten beachtet werden

Unverträglichkeiten / Allergien

Diät / Spezialkost

Mag Patient/in besonders

Mag Patient/in nicht

Sonstiges

Hilfsmittel

Gehilfe

Treppenlift

Altersgerechtes Bad

Hebegurt

Hebesitz

Patientenfilter

Toilettenstuhl

Krankenbett

Urinflasche

Windeln

Einlagen

Hausnotruf

Rollator

Rollstuhl

Sonstige

Kommunikationsfähigkeit

Vollständig erhalten

Sehen eingeschränkt

Hören eingeschränkt

Sprechen eingeschränkt

Verstehen eingeschränkt

Erläuterung

Bitte Charakter des zu Betreuenden kurz beschreiben

(Four empty lines for writing)

Bitte Hobby und Interessen des zu Betreuenden kurz beschreiben

(Four empty lines for writing)