

Wichtig:

diese Seite (Seite 1 von 12) wird nur intern verwendet und nicht weitergegeben. Ihre Anfrage wird anonymisiert bearbeitet.

Kontaktperson (Auftraggeber)

Vorname / Name _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger Vater Mutter _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon Fax _____

E-Mail _____

Vollmacht liegt vor notarielle Vollmacht Gesetzlicher Betreuer

Leistungsempfänger weiblich männlich

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Wie wurden Sie auf
SCHUMACHER
Pflegehilfe
aufmerksam? _____

Betreuungsfragebogen, Seite 2 von 12

Anonymisiertes Kennzeichen der Anfrage: _____

Anfragedatum: _____

Voraussichtlicher Einsatzbeginn schnellstmöglich zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes unbefristet bis zum _____

Leistungsempfänger weiblich männlich

Alter _____ Jahre Größe _____ cm Gewicht _____ kg

PLZ/Ort _____

Raucherhaushalt ja nein Patient ist Raucher ja nein

Weitere Mitglieder im Haushalt _____

Hauswirtschaftliche Versorgung für 2. Person? ja nein

Unterstützt das Familienmitglied die Betreuungskraft? ja nein

Benötigt ein weiteres Familienmitglied aktiver Betreuung? ja nein

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

Anerkannte Pflegebedürftigkeit

seit wann? _____ Es ist noch kein Pflegegrad (PG) 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

Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung? ja nein wird abbestellt

Name des Pflegedienstes, Telefon _____

wie oft täglich, für welche Tätigkeiten _____

Hausnotruf? ja nein geplant

Schlüssel hinterlegt? ja nein bei _____

Krankheitsbilder

Allergien	COPD Stufe _____	multiple Sklerose
Dekubitus	Rheuma	chronische Durchfälle
Alzheimer	Blutverdünnung	Diabetes insulinpflichtig
Asthma	Herzinfarkt	Parkinson seit _____
Osteoporose	Herzinsuffizienz	Stoma (Anus praeter)
Tumor	Herzrhythmusstörung	Demenz (Anfangsstadium)
Depressionen	Hypertonie	Demenz (Fortgeschritten)
Schlaganfall	Inkontinenz	Weglauftendenz
Gehschwäche	Arthrose	Neurodermitis

Hinweise: _____

Wer stellt die Medikamente

Apotheke	Pflegedienst	Familie	Selbst
----------	--------------	---------	--------

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
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
----------------------------------------	----	------

Hinweise _____

Betreuungsfragebogen, Seite 4 von 12

Kommunikation uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt
Hören
Sehen
Sprechen

Hinweise _____

Hilfsmittel Brille Hörgerät Sonstige _____

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 Pflegebett Nachtstuhl Dekubitus-Matratze
Gehstock Rollator Rollstuhl
Patientenlift Badewannenlift ebenerdige Dusche
Treppenlift Sonstige _____

Hinweise _____

Transfer	nicht nötig Patient benötigt Unterstützung Patient hilft aktiv mit Patient hilft <u>wenig</u> mit	Patient hilft nicht mit muss gehoben werden Transfer nur mit Patientenlift
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Hinweise _____

Hygiene	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
----------------	-----------------	-------------------------	---------------

Duschen / Baden

Hautpflege

Mundpflege

Zahnprothese

Haarpflege

Intimpflege

Rasieren

Patient wird im Bett gewaschen

Hand-Fußpflege

Familie

Fußpflege kommt

Hinweise _____

Ausscheiden	Ja	gelegentlich	nein
--------------------	----	--------------	------

Urininkontinenz

Stuhlinkontinenz

Hilfsmittel	Ja		nein
--------------------	----	--	------

Blasenkatheter

Suprapubischer Katheter

Urinflasche

Windeln/Panty

Vorlagen

Inkontinenzrezept liegt vor

Hinweise _____

Hilfsmittel zum Verbrauch (40 Euro)

vorhanden

wird besorgt

Hinweise _____

Kleidung

uneingeschränkt

teilweise eingeschränkt

eingeschränkt

Ankleiden

Auskleiden

Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden

ja

nein

Kleidung muss auf Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden

ja

nein

Essen-Trinken

uneingeschränkt

teilweise eingeschränkt

eingeschränkt

Selbstständiges Essen

Selbstständiges Trinken

Kauen – Schlucken

PEG Sonde

ja

nein

Nahrung kleinschneiden

ja

nein

Nahrung dareichen

ja

nein

Ernährungszustand

Normal

Unterernährt

Adipös

Entwässert

Kostform

Normal

Vollwert

Vegetarisch

Diabeteskost

Trinkmenge

Normal

Wenig

Viel

zum Trinken animieren

Essen, gerne: _____

Essen, nicht gerne: _____

Trinken, gerne: _____

Ruhen – Schlafen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt
Einschlafen
Durchschlafen

Medikamente _____

Zu Bett gehen: ca. _____ Uhr Aufstehen: ca. _____ Uhr Mittagsschlaf: ca. _____ Uhr

Nächtliche Einsätze (Toilettengang)

Alleine (Hilfe nicht notwendig)	Nie bzw. selten (max. 3x pro Woche)
Gelegentlich (4-7 x pro Woche)	Häufig (mehrmals pro Nacht)

Hinweise _____

Therapien - Beschäftigung

Ergotherapie	_____	pro Woche	_____
Musiktherapie	_____	pro Woche	_____
Beschäftigungstherapie	_____	pro Woche	_____
Logopädie	_____	pro Woche	_____
Krankengymnastik	_____	pro Woche	_____
Tagespflege	_____	pro Woche	_____
Ehrenamtliche Helfer	_____	pro Woche	_____
Familienmitglieder	_____	pro Woche	_____

Entlastung und Unterstützung der Betreuungskraft vor Ort bei ihrer Arbeit

Jeder Mensch benötigt Zeiten, in denen er sich ausruhen und auch mal „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.

An _____ Tagen in der Woche ist ein Familienmitglied für mindestens 1 Stunde vor Ort

Nutzung der Entlastungsleistungen (125 € z.B. Ambulanter Pflegedienst, Seniorenbetreuer)

Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an _____ Tagen in der Woche

Hobbies – Interessen

Musik	Fernsehen	Natur/Garten	Spaziergehen
Spiele	Malen	Lesen	Kreuzwörterrätsel

Weitere _____

Wesenszüge

lieb	umgänglich	bescheiden	geduldig	zurückhaltend
fordernd	bestimmend	störrisch	ungeduldig	ängstlich

Weitere _____

Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:	schnellstmöglich	zum _____
Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:	unbefristet	bis zum _____

Gewünschtes Alter: _____ (keine Garantie) Frau Mann Egal

Sprachkenntnisse einfache mittlere gute sehr gute

Führerschein nein ja Schaltung Automatik

Raucher (keine Garantie) nein ja (nur draußen) unwichtig

Betreuungsfragebogen, Seite 10 von 12

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Min.

ca. 20 Min.

ca. 30 Min.

Familie hilft

Der Wochenendeinkauf ist fußläufig zu erreichen in:

ca. 10 Min.

ca. 20 Min.

ca. 30 Min.

Familie hilft/erledigt

Bus/Bahn Situation

sehr gut

gut

nicht gut

Die nächste Haltestelle für Bus, U-S-Bahn usw. (zu Fuß)

ca. 10 Min.

ca. 20 Min.

ca. 30 Min.

Das Zimmer der Betreuungskraft hat folgende Ausstattung:

Bett

Schlafcouch

Internet (Wlan)

eigener Wohnbereich

Tisch

Radio

Computer

eigenes Bad

Schrank

TV

mit Balkon

eigenes WC

gemeinsames Bad

Bemerkungen: _____

Zur Freizeitgestaltung der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

PKW

Fahrrad

Balkon

Garten

Hinweise _____

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

Verantwortlicher:

SCHUMACHER Pflegehilfe
06241-369 788, info@schumacher-pflegehilfe.de

Gesetzlicher Vertreter:

Manfred Schumacher
- Inhaber-

Datenschutzbeauftragter: Manfred Schumacher

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 DSGVO), 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.

Einverständnis zu eigenen Marketingzwecken

Ja, ich möchte regelmäßig interessante Angebote per Post und E-Mail über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von meiner Seite gegenüber der SCHUMACHER Pflegehilfe 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, habe ich mit der Unterbereitung 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 SCHUMACHER Pflegehilfe formlos widerrufen kann.

Anwesend bei der Erstellung des 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 SCHUMACHER Pflegehilfe, Am Burgweg 7, 67551 Worms zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht. Die Informationen entsprechend Art. 13 DS-GVO habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehöriger)
