



# SCHUMACHER Betreuungsdienst

*Betreuung und Pflege daheim  
-ein Leben lang zu Hause wohnen-*

**Tel. +49 (0)6241-369 788**

## **kostenfreie Beratung Vermittlung von**

- ✓ rundum Betreuung und Pflege sowie
- ✓ stundenweise Entlastung für Senioren

## **Betreuungsfragebogen**

oder informieren Sie sich über unsere  
**stundenweise Alltagsentlastung**

**(IK 460 706 639)**

**SCHUMACHER Betreuungsdienst**

**Inhaber: Manfred Schumacher**

Am Burgweg 7 | 67551 Worms

Tel. +49 (0)6241 369 788

info@schumacher-betreuungsdienst.de  
www.schumacher-pflegehilfe.de

# Beratungs+Vermittlungsvertrag

**SCHUMACHER Betreuungsdienst**

*zwischen*

## **Leistungsempfänger**

Anrede

Vorname und Nachname

Geburtstag

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Mail

Krankenversicherung

Versicherungs-Nr.

Pflegegrad

## **Kontaktperson bzw. Auftraggeber**

Anrede

Vorname und Nachname

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Mobil

Mail

Vollmacht liegt vor

*und*

## **SCHUMACHER Betreuungsdienst**

Manfred Schumacher | Am Burgweg 7 | 67551 Worms | Telefon: 06241 / 369 788

info@schumacher-betreuungsdienst.de | www.schumacher-pflegehilfe.de

wird folgender Beratungs- und Vermittlungsvertrag abgeschlossen:

## **§ 1 Vertragsgegenstand**

Der Kunde beauftragt **SCHUMACHER Betreuungsdienst** mit der Suche nach einer Betreuungskraft für die häusliche Rund-um-Betreuung von Senioren und kranken Menschen und der Vorbereitung zum Abschluss eines Dienstleistungsvertrages mit einem Dienstleistungsunternehmen, i.d.R. aus Osteuropa.

Für die Beratung und Vermittlung einer Betreuungskraft, als auch für die weitere organisatorische Betreuung während des Einsatzes unserer Betreuungskräfte, stellt die **SCHUMACHER Betreuungsdienst** dem Kunden eine einmalige Vermittlungsgebühr in Höhe von € 250,00 zzgl. Mehrwertsteuer in Rechnung.

**Die Vermittlungsgebühr wird mit Auftragserteilung bzw. spätestens mit Abschluss des Dienstleistungsvertrages fällig.**

**Wir bieten Ihnen eine Zufriedenheitsgarantie!**

Sollten Sie, wider Erwarten, mit unserer Dienstleistung nicht zufrieden sein und innerhalb der ersten 14 Tage nach Betreuungsbeginn die Rundum-Betreuung kündigen, werden wir Ihnen die einmalige Bearbeitungsgebühr zu 100% erstatten.

Für alle weiteren Vorschläge und Wechsel während der gesamten Vertragslaufzeit fallen keine zusätzlichen Bearbeitungsgebühren an.

Der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** beschäftigt keine eigenen Betreuungskräfte für die häusliche Rund-um-Betreuung. Die Betreuungsleistungen vor Ort, d.h. im Haushalt des Kunden, werden direkt und ausschließlich von den Mitarbeitern des osteuropäischen Dienstleistungsunternehmens erbracht.

## **§ 2 Leistungsumfang von SCHUMACHER Betreuungsdienst**

Zusätzlich zu der Vermittlung der Betreuungskräfte erbringen wir, **SCHUMACHER Betreuungsdienst**, nach erfolgreicher Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages mit einer Betreuungskraft eines osteuropäischen Dienstleistungsunternehmens weitere Leistungen. Es werden insbesondere die folgenden Dienstleistungen ergänzend erbracht:

- Ansprechpartner des Kunden zur Unterstützung der vor Ort tätigen Betreuungskraft des osteuropäischen Dienstleistungsunternehmens während der Betreuungsphase
- Unterbreitung von dienstleisterunabhängigen und bedarfsorientierten Personalvorschlägen
- Dokumente-Organisation und Dokumente-Verwaltung
- fortlaufende Pflege und Unterhaltung der Partnernetzwerke
- Kommunikationsschnittstelle und Ansprechpartner bei Problemen im Verhältnis Kunde und osteuropäisches Dienstleistungsunternehmen bzw. dessen Betreuungskräfte

## **§ 3 Vergütung und Zahlungsmodalitäten**

Dem Kunden entstehen für die Erbringung der Vermittlungsleistung und der sonstigen Dienstleistungen nach § 2 einmalige Kosten in Höhe von € 250,00 zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Die Tätigkeit der eingesetzten Betreuungskraft wird durch die zuständige Agentur monatlich in Rechnung gestellt.

Die Vergütung des osteuropäischen Dienstleistungsunternehmens wird gemäß dem mit dem Unternehmen abgeschlossenen Vertrag ebenfalls stets Tag genau abgerechnet, wobei die Rechnungsstellung durch dieses Unternehmen direkt in eigener Zuständigkeit, und zwar grundsätzlich monatlich zum 15. eines Abrechnungsmonats für den laufenden Monat, und die Zahlung per Auslandsüberweisung erfolgt. Der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** ist bezüglich der Rechnung des osteuropäischen Dienstleistungsunternehmens nicht einzugsberechtigt.

Die im europäischen Rahmen unterschiedlichen Feiertagsregelungen werden sep. berechnet. Diese werden selbstverständlich, entsprechend der individuell vom Partnerunternehmen vorgegebenen Regelung und unter Nennung der betroffenen Feiertage sowie des jeweiligen Aufschlagsatzes, ausgewiesen.

#### **§ 4 Vertragsdauer und Kündigung**

a.) Voraussichtlicher Beginn der Tätigkeit am

schnellstmöglich

innerhalb der Widerrufsfrist

b.) Der Kunde verlangt ausdrücklich und stimmt gleichzeitig zu, dass der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** mit der Erbringung der hiermit in Auftrag gegebenen Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Der Kunde weiß, dass sein Widerrufsrecht bei vollständiger Erfüllung des Vertrages innerhalb der Widerrufsfrist erlischt.

c.) Der Vertrag kann beidseitig mit einer Kündigungsfrist von 14 Tagen gekündigt werden

#### **§ 5 Datenschutz**

Der Kunde erklärt sich damit einverstanden, dass im Rahmen des vorliegenden Vertrages Informationen über seine Person und die über das Vertragsverhältnis maßgeblichen Umstände bei **SCHUMACHER Betreuungsdienst** gespeichert, geändert und/oder gelöscht werden. Die Verwendung der Daten erfolgt unter Berücksichtigung der Vorgaben des Datenschutzes. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte, ausgenommen an die osteuropäischen Dienstleistungsunternehmen, mit denen der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** im Rahmen der Personalvermittlung zusammenarbeiten oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtung oder wenn der Kunde dem **SCHUMACHER Betreuungsdienst** hierzu seine ausdrückliche Einwilligung erteilt hat.

Der Kunde kann jederzeit Auskunft über seine gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten, deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit geltend machen. Ihm steht des Weiteren ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde zu.

## **§ 6 Haftung**

Der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** haftet im Rahmen des Vermittlungsvertrages und dem Kunden wie folgt:

Die Haftung von **SCHUMACHER Betreuungsdienst** für vertragliche Pflichtverletzung sowie aus Delikt ist auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Dies gilt nicht bei Verletzung von Leben, Körper und Gesundheit des Kunden, Ansprüche wegen der Verletzung von Kardinalspflichten, d.h. von Pflichten, die sich aus der Natur des Vertrages ergeben und bei deren Verletzung die Erreichung des Vertragszwecks gefährdet ist sowie dem Ersatz von Verzugsschäden. Insoweit haftet der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** für jeden Grad des Verschuldens. Der vorgenannte Haftungsausschluss hat ebenfalls Geltung für leicht fahrlässige Pflichtverletzungen der Erfüllungsgehilfen von dem **SCHUMACHER Betreuungsdienst**.

Der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** übernimmt keine Haftung für Schäden, die das osteuropäische Dienstleistungsunternehmen bzw. dessen Mitarbeiter gegenüber dem Kunden, dessen Angehörigen oder sonstigen Dritten verursachen. Sollte eine vermittelte Betreuungskraft ausfallen oder eine entsandte Betreuungskraft vor Ablauf der vereinbarten Zeit ersetzt werden müssen, so tragen der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** nicht das Ausfallrisiko hierfür. Der **SCHUMACHER Betreuungsdienst** wird sich jedoch schnellstmöglich um Ersatz bemühen.

## **§ 7 Schlussbestimmungen und Sonstiges**

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, so wird hierdurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

Ort, Datum

Auftraggeber

SCHUMACHER Betreuungsdienst

\_\_\_\_\_  
Vertretungsberechtigter des  
Leistungsempfänger

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Betreuungsfragebogen (ab hier werden die Daten an unsere Partneragenturen weitergeleitet)

War bei Ihnen bereits eine Betreuungskraft im Einsatz? \_\_\_\_\_

Wenn JA, seit wann? \_\_\_\_\_

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 aktive Betreuung?                      ja                      nein

Hausarzt \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

# Betreuungsfragebogen

## 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

**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 \_\_\_\_\_



# Betreuungsfragebogen

## 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: \_\_\_\_\_

# Betreuungsfragebogen

**Ruhen – Schlafen**                      uneingeschränkt              teilweise eingeschränkt              eingeschränkt  
Einschlafen  
Durchschlafen

Medikamente \_\_\_\_\_

Aufstehen: ca. \_\_\_\_\_ Uhr              Mittagsschlaf: ca. \_\_\_\_\_ Uhr              zu Bett gehen: 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

# Betreuungsfragebogen

## Hobbies – Interessen

Musik  
Spiele

Fernsehen  
Malen

Natur/Garten  
Lesen

Spaziergehen  
Kreuzwörterrätsel

Weitere \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Wesenszüge

lieb  
fordernd

umgänglich  
bestimmend

bescheiden  
störrisch

geduldig  
ungeduldig

zurückhaltend  
ängstlich

Weitere \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:

schnellstmöglich

ab \_\_\_\_\_

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

E-Zigaretten

nein

ja

# Betreuungsfragebogen

Was ist Ihnen bei der Betreuung am Wichtigsten?

---

---

## Einführung in die Gemeinde (Wichtig)

(Wege für Spaziergänge, Fahrt zum Hausarzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten usw.)

Von: \_\_\_\_\_

## Aufgaben der Betreuungskraft

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

Gibt es Haustiere?    ja    nein    wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Wer soll die Haustiere versorgen?    Betreuungskraft    Familie

## Ort und Wohnsituation

Einfamilienhaus	Zweifamilienhaus	Garten _____
Wohnung	Zimmer _____	Balkon
Barriere arm	Fahrstuhl	Etage _____

## Die Ausstattung der Häuslichkeit ist:

einfach    normal    gehoben

## Der Patient / Patientin wohnen in:

Dorf	Kleinstadt	Stadt	große Stadt
_____ Ew.	_____ Ew.	_____ Ew.	_____ Ew.

## Die Wohnlage ist:

sehr ruhig	ruhig	belebt	sehr belebt
Außen-Orts	Vor-Ortlage	Zentrum-nah	Zentrum

# Betreuungsfragebogen

## 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/Terrasse

eigenes WC

gemeinsames Bad

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Zur Freizeitgestaltung der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

PKW

Fahrrad

Balkon

Garten

Hinweise \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Betreuungsfragebogen

## HINWEIS DIENSTLEISTUNGSVERTRAG

Wenn Sie sich für eine von unseren Partnern vorgeschlagenen Betreuungskraft entscheiden, wird anschließend ein Dienstleistungsvertrag (DLV) mit der osteurop. Agentur abgeschlossen.

Jede Partei ist berechtigt, den Dienstleistungsvertrag während seiner Laufzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 14 Tage ordentlich zu kündigen. Eine fristlose Kündigung des Vertrages durch den Leistungserbringer ist möglich, sollten unrichtige oder unvollständige Angaben über den Gesundheitszustand der zu betreuenden Person oder veränderte Arbeitsanforderungen vorliegen. Im Falle des Ablebens der zu betreuenden Person endet der Vertrag 7 Tage nach der schriftlichen Benachrichtigung des Leistungserbringers. Das Recht der Vertragsparteien zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung für den Dienstleister besteht insbesondere dann, wenn Kunde

6. Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung für den Dienstleister besteht insbesondere dann, wenn
  - a) der Auftraggeber in schwerwiegender Form gegen seinen Verpflichtungen aus diesem Dienstleistungsvertrag verstößt,
  - b) der Gesundheitszustand des Betreuten eine Betreuung in seinen Wohnräumen nicht mehr zulässt,
  - c) eine Änderung des Gesundheitszustandes des Betreuten zur Folge hat, dass die Erbringung von Leistungen im Bereich der Grundpflege im Sinne des § 14 Abs. 4 Nr. 1bis 3 SGB XI zeitlich überwiegend erforderlich wird.
7. Jede Kündigung bedarf der Schriftform

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 Betreuungsdienst formlos widerrufen kann.

## BETREUUNGSFRAGEBOGEN

Anwesend bei der Erstellung des Betreuungsfragebogens war

Kunde (Patient)

Kontaktperson/Angehörige

Pflegedienst

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

### Datenschutz

Ich habe die Datenschutzerklärung ([www.schumacher-pflegehilfe.de/datenschutzerklaerung](http://www.schumacher-pflegehilfe.de/datenschutzerklaerung)) zur Kenntnis genommen. Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Anfrage durch Schumacher Betreuungsdienst kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist schriftlich an die Firma SCHUMACHER Betreuungsdienst 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)

Gültig für Vermittlungsauftrag und Betreuungsfragebogen

---

# Platz für Notizen