

Erhebungsbogen

Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und geben uns einen Einblick in Ihre Situation vor Ort und Ihre Anforderungen an die 24-Stunden-Betreuung. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

1. Angaben zur Kontaktperson

Name _____
Straße + Nr _____
Telefon _____
E-Mail _____

Frau ☐ Herr ☐

Vorname _____
PLZ, Ort _____
Fax _____

2. Angaben zum Patienten

Name _____
Straße + Nr _____
Telefon _____
Größe _____ cm

Frau ☐ Herr ☐

Vorname _____
PLZ, Ort _____
Alter _____
Gewicht _____ Kg

3. Wohnsituation des Patienten

Mit wem lebt die zu betreuende Person zusammen?

allein ☐ Ehepartner ☐ Wohngemeinschaft ☐ Angehöriger ☐ _____

Muss eine weitere Person im Haushalt versorgt werden (Wenn Ja bitte 2. Erhebungsbogen ausfüllen)

Ja ☐ nur Hauswirtschaft ☐ Nein ☐

Unterbringung der Betreuungskraft:

Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung ☐ Sonstiges ☐
Dorf ☐ Kleinstadt ☐ Großstadt ☐

Bei Dorf und Kleinstadt, bitte nächste Großstadt und Entfernung angeben: _____

Ist das Badezimmer behindertengerecht?

Ja ☐ Nein ☐

Wohnen Angehörige in der Nähe?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn nein, wie weit entfernt und wie häufig erfolgen Besuche: _____

Zimmerausstattung der Betreuungskraft:

eigenes Bad ☐ Tisch ☐ Schrank ☐ Radio ☐ TV ☐ PC ☐

Internetanschluss

vorhanden ☐ kann eingerichtet werden ☐ Nein, nicht möglich ☐



Erfassungsbogen

4. Medizinische Situation

Pflegegrad

kein Pflegegrad ☐

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

beantragt ☐

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

☐ Allergien

☐ Depression

☐ multiple Sklerose

☐ Asthma

☐ Diabetes

☐ Osteoporose

☐ Athrose

☐ Diabetes (insulinpflichtig)

☐ Parkinson

☐ Demenz (leicht)

☐ Herzinfarkt

☐ Rheuma

☐ Demenz (mittel)

☐ Herzinsuffizienz

☐ Schlaganfall

☐ Demenz (schwer)

☐ Herzrhythmusstörung

☐ Stoma (Anus praeter)

☐ Dekubitus

☐ Hypertonie

☐ Tumor (Bitte Tumor-Art bei Sonstiges notieren)

☐ Sonstige: _____

Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten?

☐ Nein

☐ Ja _____

4.1 Mobilität

Ist die Person bettlägerig?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, muss die Person gelagert werden?

Ja ☐

Nein ☐

Gehen:

☐ selbstständig

☐ am Hilfsmittel

☐ am Hilfsmittel mit Unterstützung

☐ nicht möglich

Stehen

☐ selbstständig

☐ am Hilfsmittel

☐ am Hilfsmittel mit Unterstützung

☐ nicht möglich

Benötigt der Patient Hilfe

beim Transfer (bspw. in den Rollstuhl)?

☐ Nein

☐ Unterstützung

☐ vollumfänglich

Falls Transfer notwendig, unterstützt der Patient aktiv?

☐ Nein

☐ mit den Armen

☐ mit den Beinen

Benötigt der Patient Hilfe beim Treppensteigen?

☐ Nein

☐ Unterstützung

☐ vollumfänglich

Benötigt der Patient Hilfe beim An- /Auskleiden?

☐ Nein

☐ Unterstützung

☐ vollumfänglich

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Gehstock

☐ Patientenlifter

☐ Dekubitusmatratze

☐ Rollator

☐ Hublift

☐ Treppenlift

☐ Rollstuhl

☐ Hebegurt

☐ Elektromobil

☐ Krücken

☐ Pflegebett

☐ Aufstehhilfe



Erfassungsbogen

4.2 Körperpflege

Benötigt der Patient Unterstützung bei der Körperpflege?

Duschen/Baden	☐ Nein	☐ Unterstützung	☐ vollumfänglich
Intimpflege	☐ Nein	☐ Unterstützung	☐ vollumfänglich
Mundpflege	☐ Nein	☐ Unterstützung	☐ vollumfänglich
Handpflege	☐ Nein	☐ Unterstützung	☐ vollumfänglich
Fußpflege	☐ Nein	☐ Unterstützung	☐ vollumfänglich
Haarpflege	☐ Nein	☐ Unterstützung	☐ vollumfänglich

Wird die Person im Bett gewaschen?	☐ Ja	☐ Nein	
Inkontinenz	☐ Nein	☐ Urininkontinenz	☐ Stuhlinkontinenz
chronische Durchfälle	☐ Ja	☐ Nein	

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Urinflasche	☐ Windeln	☐ Inkontinenzvorlage
☐ Blasenkatheter	☐ Suprapubischer katheter	☐ WC-Stuhl

Erhalten Sie Pflegehilfsmittel zum Verbrauch? (Desinfektionsmittel, Handschuhe usw.) ☐ Ja ☐ Nein

4.3 Kommunikation & Orientierung

Hören	☐ Uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Sehen	☐ Uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Sprechen	☐ Uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt

Anmerkungen _____

Zeitlich	☐ Uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Örtlich	☐ Uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt
Persönlich	☐ Uneingeschränkt	☐ teilweise eingeschränkt	☐ eingeschränkt

Anmerkungen _____

Zeigt der Patient herausfordernde Verhaltensweisen (bspw. Aggression)?

☐ Nein ☐ Ja _____

Welche Wesenszüge beschreiben die Person? _____

Welche Interessen hat die betreute Person? _____

Vorhandene Hilfsmittel?

☐ Hörgerät ☐ Sehhilfe ☐ Taststock ☐ Sonstige _____



Erfassungsbogen

4.4 Ernährung

Benötigt der Patient Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme?

☐ Nein

☐ Unterstützung

☐ vollumfänglich

Muss die Trinkmenge überwacht werden?

☐ Ja

☐ Nein

Leidet die Person an Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Ja

☐ Nein

Wird die Person über eine PEG-Sonde ernährt?

☐ Ja

☐ Nein

Besondere Kostform: _____

5. Anforderungen an die Betreuungskraft

Profil

☐ Frau

☐ Mann

☐ egal

Welche Wünsche/Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Sprachkenntnisse

☐ Sehr gut

☐ Gut

☐ Befriedigend

☐ Ausreichend

☐ sehr gering

☐ keine

Soll die Betreuungskraft einen Führerschein besitzen?

☐ Ja

☐ wünschenswert

☐ nicht relevant

Zur Verfügung steht ein Fahrzeug mit

☐ Schaltgetriebe

☐ Automatik

Ist der Betreuungskraft das Rauchen gestattet?

☐ Ja

☐ Nur im Freien

☐ Nein

6. Aufgaben der Betreuungskraft

☐ Kochen

☐ Bügeln

☐ Freizeitgestaltung

☐ Einkäufe

☐ Pflege der Pflanzen

☐ Arztbesuche

☐ Wäsche waschen

☐ Gemeinsame Spaziergänge

☐ Medikamentengabe

☐ Reinigen der Wohnung

☐ Haustiere versorgen: _____

☐ Sonstiges: _____

Einkaufsmöglichkeiten

☐ fußläufig

☐ mit dem Auto

☐ mit dem ÖPNV

Gibt es Aufgaben die von der Familie übernommen werden? (bspw. Einkäufe)

☐ Nein

☐ Ja _____

Gibt es Aufgaben die von einem Pflegedienst übernommen werden?

☐ Nein

☐ Ja _____

Pflegedienst: _____

Besucht der Patient eine Tagespflegeeinrichtung? (Wenn Ja, wie häufig)

☐ Nein

☐ Ja _____



Erfassungsbogen

6.1 Nachteinsätze

Sind Nachteinsätze erforderlich?

☐ täglich

☐ gelegentlich

☐ nie

Leidet der Patient an Schlafstörungen?

☐ Nein

☐ gelegentlich

☐ häufig

Werden Schlafmittel eingenommen?

☐ Nein

☐ gelegentlich

☐ häufig

Welche Tätigkeiten fallen an und wie häufig pro Nacht?

Wie kann der Patient die Betreuungskraft nachts erreichen?

☐ Hausnotruf

☐ noch kein Hilfsmittel

Nachtruhe:

Von _____ Uhr

Bis _____ Uhr

7. Schlussbemerkungen

Haben Sie bereits Erfahrung mit 24-Stunden-Betreuung?

☐ Ja

☐ Nein

Wann soll die Betreuungskraft anreisen?

☐ in 1 Woche

☐ in 2 Wochen

☐ Wunschdatum _____

☐ noch unklar

In welchem Budgetrahmen dürfen wir Betreuungskräfte für Sie suchen?

Von _____ €

Bis _____ €

Wer unterzeichnet ggf. den Vertrag?

☐ Patient

☐ Kontaktperson

☐ _____

Wie möchten Sie Rückantwort erhalten?

☐ E-Mail

☐ Telefon

☐ Post

☐ Fax

Wünschen Sie sich einen bestimmten Ansprechpartner?

☐ Nein

☐ Ja _____

Haben Sie noch Fragen oder möchten uns etwas mitteilen?

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und ausschließlich zur Angebotserstellung an Dritte (osteuropäische Partneragenturen) weitergeleitet. Bitte senden Sie dieses Formular per E-Mail oder Post an die u.g. Adresse. Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessenanfrage durch die Vertrauenspflege24 kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist an die Vertrauenspflege24, Wilhelmstraße 1, 71116 Gärtringen zu richten. Durch Ihre Unterschrift kommt kein Vertrag zustande. Die Angebotserstellung ist unverbindlich und kostenlos.

☐ Ich bestätige, dass obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten



Erfassungsbogen

Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung ihrer Daten durch Vertrauenspflege24

Für unsere Dienstleistung im Rahmen der Vermittlung einer Betreuungskraft erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name, Adresse der Vertragspartei des Kunden
- Telefonnummer
- E-Mail-Adresse
- Name, Adresse der zu betreuenden Person
- Informationen zum Pflegebedarf der zu betreuenden Person

1. Speicherung und Verarbeitung

Die vorstehenden Daten werden auf dem Server von der Vertrauenspflege24 gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Die Vertrauenspflege24 versichert, dass die von uns durchgeführte elektronische Datenverarbeitung auf der Grundlage geltender Gesetze, insbesondere der Verordnung (EU) 2016/679 erfolgt und für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses über die Vermittlung bzw. die Betreuung notwendig ist. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Kunden. Eine automatische Löschung erfolgt nach Beendigung des Vertragsverhältnisses hinsichtlich der Vermittlung der Betreuungskraft, wenn der Kunde dies wünscht, insbesondere bei Kündigung des Vermittlungsvertrages, in jedem Fall spätestens sechs Monate nachdem der Vertrag über die Betreuung beendet wird.

2. Verarbeitung und Weiterleitung an Partneragenturen

Die vorstehenden Daten werden zunächst hinsichtlich der zubetreuenden Personen an eine unserer Partneragentur in Polen, die die Betreuungskräfte in Polen auswählen, weitergegeben. Wird eine adäquate Betreuungskraft nicht gefunden, geben wir keine weiteren Daten weiter. Die polnische Partneragentur löscht dann die weitergegebenen Daten unverzüglich.

Wird eine adäquate Betreuungskraft von der Partneragentur vorgeschlagen, dann schließt die betreffende Partneragentur unter unserer Vermittlung mit Ihnen einen Betreuungsvertrag.

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Vertrauenspflege24 (Vertragspartner) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Vertrauenspflege24 (Vertragspartner) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an Vertrauenspflege24 (Vertragspartner) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

☐ Ich willige in die vorstehend beschriebene Nutzung meiner Daten ein.

☐ Ich willige ein, dass Vertrauenspflege24 mit mir per E-Mail kommuniziert und ggf. auch weitere Informationen zukommen lässt.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten

