

# Erfassungsbogen



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

## 1. Angaben zur Kontaktperson

Frau                      Herr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandschaftsgrad zur betreuten Person \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Patienten

Frau                      Herr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

Gewünschter Betreuungsbeginn:                      in 1 Woche                      in 2 Wochen                      Zum \_\_\_\_\_

## 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 zweiten Erfassungsbogen 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





## 4. Medizinische Situation

<b>Pflegegrad:</b>	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

Sonstige: \_\_\_\_\_  
bei Tumor-Erkrankung bitte hier genaue Form angeben

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: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Stehen: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Braucht der Patient Hilfe beim Transfer (bspw. in den Rollstuhl)?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Braucht der Patient Hilfe beim Treppensteigen?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Braucht der Patient Hilfe beim An- / Auskleiden?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Vorhandene Hilfsmittel:

Gehstock	Patientenlifter	Dekubitusmatratze
Rollator	Hublift	Treppenlift
Rollstuhl	Hebegurt	Elektromobil
Krücken	Pflegebett	Aufstehhilfe



## 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

Wir 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 <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Sehen	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Sprechen	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Zeitlich	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Örtlich	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Persönlich	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>

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



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

## 4. Anforderungen an die Betreuungskraft

Profil: Frau Mann egal

Welche Wünsche/Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse

Sehr gut  
Sprechen &  
Verstehen fließend

Gut  
Einfache Gespräche  
möglich

Befriedigend  
Kommunikationsfähig

Ausreichend  
einzelne Worte

keine

Soll die Betreuungskraft einen Führerschein besitzen?

Ja

wünschenswert

nicht relevant

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: \_\_\_\_\_

bitte hier genaues Haustier angeben

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: \_\_\_\_\_



## 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                      Babyphon                      noch kein Hilfsmittel

Nachtruhe:                      Von \_\_\_\_\_ Uhr                      Bis \_\_\_\_\_ Uhr

## 7. Schlussbemerkungen

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?

---

Wie sind Sie auf die Pflegehilfe für Senioren aufmerksam geworden?

Familie / Bekannte                      Internetsuche                      E-Mail                      Postwurfsendung

Pflegedienst                      Sanitätshaus                      Sonstige: \_\_\_\_\_

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 Interessentenanfrage durch die Pflegehilfe für Senioren GmbH kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist an die Pflegehilfe für Senioren GmbH, Huttenstraße 31, 10553 Berlin zu richten. Durch Ihre Unterschrift kommt kein Vertrag zustande. Die Angebotserstellung ist unverbindlich und kostenlos.

**Ich bestätige, dass obige Angaben nach besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten



## **Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung ihrer Daten durch Pflegehilfe für Senioren 24 GmbH („Pflegehilfe“)**

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

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

### **1. Speicherung und Verarbeitung**

Die vorstehenden Daten werden auf dem Server von Pflegehilfe gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Pflegehilfe 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 Pflege 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 Pflegekraft, wenn der Kunde dies wünscht, insbesondere bei Kündigung des Vermittlungsvertrages. In jedem Fall spätestens sechs Monate nachdem der Vertrag über die Pflege beendet wird.

### **2. Verarbeitung und Weiterleitung an Partneragenturen**

Die vorstehenden Daten werden zunächst hinsichtlich der zu pflegenden Personen an drei unserer Partneragenturen in Polen, die die Pflegekräfte in Polen auswählen, weitergegeben. Wird eine adäquate Pflegekraft nicht gefunden, geben wir keine weiteren Daten weiter. Die polnische Partneragentur löscht dann die weitergegebenen Daten unverzüglich. Wir fragen dann hinsichtlich der Pflegekraft bei einer weiteren Partneragentur an. Wird eine adäquate Pflegekraft von der Partneragentur vorgeschlagen, so geben wir die weiteren oben genannten personenbezogenen Daten an die betreffende Partneragentur weiter. Die betreffende Partneragentur schließt dann unter unserer Vermittlung mit Ihnen einen Pflegevertrag, wofür die Partneragentur die erhobenen weiteren Daten benötigt.

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

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Pflegehilfe (Vertragspartner) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Pflegehilfe (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 Pflegehilfe (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 Pflegehilfe mit mir per E-Mail kommuniziert und ggf. auch weitere Informationen zukommen lässt.**

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten