

Sehr geehrte Interessentin,
sehr geehrter Interessent,

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, pflegebedürftigen Menschen eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege zu Hause zu ermöglichen ohne dass sie ihre gewohnte Umgebung aufgeben müssen.

Eine solide und gründliche Personalsuche mit anschließender Personalauswahl sind die Grundlage für eine erfolgreiche und harmonische Pflege und Betreuung.

Unser Betreuungsfragebogen bildet die Basis für die nachfolgenden Personalgespräche zur Vorauswahl einer möglichst am besten geeigneten Betreuungs- und Pflegekraft.

Mit den

- Gesundheits- und Anamnesedaten zum Pflegebedürftigen
- Den Angaben zu den speziellen örtlichen Gegebenheiten
- Den individuellen Kundenwünschen zur Betreuungs- und Pflegekraft

begeben wir uns in die Personalsuche und Sie erhalten unsere Personalvorschläge.

Wichtig:

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit und beantworten Sie alle Fragen.

Bitte beschönigen Sie nichts. Die Pflege- und Betreuungskräfte kennen die zukünftigen Herausforderungen und Aufgaben und auch die Verhältnisse am Einsatzort nur aus diesem Betreuungsfragebogen.

Nach dem vollständigen Ausfüllen des Betreuungsboogens können Sie diesen auch direkt über Ihr Mailprogramm versenden indem sie die nachfolgende Absenderfunktion anklicken.



Nach Erhalt des Bogens melden wir uns mit den nächsten Schritten umgehend bei Ihnen.

Ihr Team der

Sankt Andreas Pflegehilfe Sp. z o. o.

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
Sankt Andreas
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 aktive Betreuung? (Ja = 2. Fragebogen) ja nein

Hausarzt _____

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr: _____

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	Weglaufftendenz
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
--	----	------

Falls „ja“, sind die Angaben ärztlich abgesichert?	ja	nein
--	----	------

Hinweise _____

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 <u>nicht</u> 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	Ja	Nein
Hand-Fußpflege	Familie	Fußpflege kommt ins Haus

Hinweise _____

Ausscheiden	Ja	gelegentlich	Nein
--------------------	----	--------------	------

Urininkontinenz
 Stuhlinkontinenz

Hilfsmittel	Ja	Nein
--------------------	----	------

Blasenkatheter
 Suprapubischer Katheter
 Urinflasche
 Windeln/Panty
 Vorlagen
 Inkontinenzrezept liegt vor

Hinweise _____

Hilfsmittel zum Verbrauch (40,00 Euro nach §40 SGB XI)

vorhanden SanktAndreasBox bestellen werden selbst besorgt

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

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

Hinweise:

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. _____ Std.

Nächtliche Einsätze (Toilettengang)

Allein (Hilfe nicht notwendig)	Gelegentlich (1 x pro Nacht)
Nie bzw. selten (max. 3x 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

Sonstiges: _____

Hobbies – Interessen

Musik	Fernsehen	Natur/Garten	Spaziergehen
Spiele	Malen	Lesen	Kreuzworträtsel

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)	25 - 35 Jahre	36 - 45 Jahre	> 46 Jahre
--	---------------	---------------	------------

Geschlecht	Frau	Mann	Egal
------------	------	------	------

Sprachkenntnisse	einfache	mittlere	gute	sehr gute
------------------	----------	----------	------	-----------

Führerschein	nein	ja	Schaltung	Automatik
--------------	------	----	-----------	-----------

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

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 organisieren	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
Außenorts Vorortlage Zentrumsnah Zentrum

Betreuungsfragebogen, Seite 10 von 12

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min. Familie hilft/erledigt

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	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:

Sankt Andreas Pflegehilfe Sp. z o. o. ul. Kossaka 9/35 , 82-300 Elbląg (Polen)

Tel.: 2651-7502299, E-Mail: zentrale@sankt-andreas-pflegehilfe.de, www.sankt-andreas-pflegehilfe.de

Gesetzlicher Vertreter:

Katarzyna Wójcik

- Geschäftsführer -

Datenschutzbeauftragter: Katarzyna Wójcik

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 Sankt Andreas Pflegehilfe Sp. z o. o. 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 Sankt Andreas Pflegehilfe Sp. z o. o. 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 Sankt Andreas Pflegehilfe Sp. z o. o. , ul. Kossaka 9/35 , 82-300 Elbląg 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)

Unterschrift Sankt Andreas Pflegehilfe sp. z o. o.
