

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Ziel ist es, Menschen, die auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind, ein möglichst komfortables und sicheres Leben im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Wir legen großen Wert darauf, dass unsere Kunden in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können und gleichzeitig die bestmögliche Betreuung erhalten.

Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Pflege und einem harmonischen Miteinander liegt für uns in einer sorgfältigen Auswahl der Betreuungskräfte, abgestimmt auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche.

Dieser Fragebogen bildet die Grundlage für die Auswahl geeigneter Pflegepersonen. Die darin enthaltenen Informationen über:

- Gesundheitszustand und Krankengeschichte der pflegebedürftigen Person,
- örtliche Gegebenheiten und Bedingungen vor Ort,
- persönliche Präferenzen hinsichtlich der Betreuungskraft,

ermöglichen uns eine gezielte Personalsuche. Sobald wir Ihre Angaben erhalten, beginnen wir mit der Suche nach passenden Kandidaten und stellen Ihnen anschließend geeignete Vorschläge vor.

Wichtiger Hinweis:

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, alle Fragen gründlich und ehrlich zu beantworten. Die zukünftigen Pflegekräfte kennen Ihre Situation und Anforderungen zunächst ausschließlich anhand dieses Fragebogens.

Nach Erhalt des vollständig ausgefüllten Formulars melden wir uns kurzfristig bei Ihnen, um die weiteren Schritte zu besprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team von Sankt Andreas Pflegehilfe

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende E-Mail-Adresse



saar@ sankt-andreas-pflegehilfe.de

Wichtig: Diese Seite wird ausschließlich intern verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form bearbeitet.

Angaben zur Kontaktperson

(Auftraggeber) Vor- und Nachname:

Verhältnis zur betreuten Person: ☐ Vater ☐ Mutter

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mail-Adresse:

- ☐ Gerichtlicher Betreuer vorhanden
- ☐ Notarielle Vollmacht vorhanden
- ☐ Vollmacht vorhanden

Angaben zur betreuten Person

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mail-Adresse:

Zusätzliche Informationen

Wie haben Sie von unserem Angebot erfahren?

Anonymisierte Angaben – Diese Seite wird für die Vermittlung geeigneter Betreuungskräfte verwendet.

Interne Kennnummer der Anfrage
(wird von uns ausgefüllt):

Datum der Anfrage:

Geplanter Beginn der Betreuung:

Geplanter Betreuungszeitraum: ☐ unbefristet

☐ bis zum:

Angaben zur betreuten Person

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter (Jahre): Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

Wohnort (PLZ, Ort):

Ist die zu betreuende Person Raucher/
in? Ist der Haushalt ein Raucherhaushalt?

- ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Ja ☐ Nein

Allgemeine Fragen zur betreuten Person

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Ist die Person bettlägerig? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Muss die Person regelmäßig umgelagert werden? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Ist die Körperpflege im Bett erforderlich? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Benötigt die Person Hilfe beim Transfer (z.B. Bett – Rollstuhl)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Unterstützt die Person aktiv beim Transfer? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Leidet die Person an Schlafstörungen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Bestehen aktuell ansteckende Erkrankungen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Falls ja, bitte nennen: | | |
| Gibt es weitere Personen im Haushalt mit ansteckenden Krankheiten? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Falls ja, bitte nennen: | | |
| Befindet sich die zu betreuende Person derzeit in einer Klinik oder Rehabilitationseinrichtung? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sind alle medizinischen Angaben ärztlich bestätigt? | ☐ Ja | ☐ Nein |

Ärztliche Betreuung

Hausarzt (Name und Telefon):

Krankenkasse der betreuten Person:

Versicherten-Nr:

Weitere Haushaltsmitglieder / Familienmitwirkung

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Soll eine zweite Person im Haushalt ebenfalls hauswirtschaftlich versorgt werden? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Unterstützt ein Familienmitglied die Betreuungskraft bei der Arbeit? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Benötigt eine weitere Person im Haushalt ebenfalls aktive Betreuung? | | |
| (→ Wenn ja, bitte zusätzliches Formular ausfüllen.) | ☐ Ja | ☐ Nein |

Anerkannte Pflegebedürftigkeit

- Pflegegrad-Status: ☐ Es ist noch kein Pflegegrad (PG) bestätigt
☐ PG wurde beantragt (Entscheidung steht aus)
- PG bestätigt: ☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5
☐ Pflegegrad ist bereits länger als 6 Monate bestätigt
- PG beantragt: ☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5

Pflegedienst & Notrufsystem

Wird die betreute Person aktuell durch einen Pflegedienst versorgt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Wird abbestellt

Name des Pflegedienstes, Telefonnummer:

Wie häufig täglich? Welche Leistungen werden übernommen?

Gibt es einen Hausnotruf? ☐ Ja ☐ Nein ☐ In Planung

Ist ein Schlüssel hinterlegt? ☐ Ja ☐ Nein bei:

Krankheitsbilder / Diagnosen

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Allergien | ☐ Alzheimer | ☐ Asthma | ☐ Blutverdünnung Diabetes |
| ☐ COPD (Stufe ___) | ☐ Demenz (Anfang) | ☐ Depressionen | ☐ (insulinpflichtig) Demenz |
| ☐ Gehschwäche | ☐ Herzinfarkt | ☐ Herzrhythmusstörung | ☐ (Fortgeschritten) Multiple |
| ☐ Hypertonie | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Inkontinenz | ☐ Sklerose |
| ☐ Neurodermitis | ☐ Osteoporose | ☐ Rheuma | ☐ Parkinson (seit:) |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Tumor | ☐ Weglauftendenz | ☐ Stoma (Anus praeter) |
| ☐ Dekubitus | ☐ Arthrose | | |

Hinweise:

Medikamentenversorgung

Wer stellt die Medikamente bereit?

☐ Apotheke ☐ Pflegedienst ☐ Familie ☐ Selbst

Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit

Bitte schätzen Sie ein, wie gut die betreute Person noch hören, sehen und sprechen kann.

Bereich	keine Einschränkung	teilweise eingeschränkt	stark eingeschränkt
Hören	☐	☐	☐
Sehen	☐	☐	☐
Sprachvermögen	☐	☐	☐

Hinweise:

Verwendete Hilfsmittel (z. B. zur Verständigung):

☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Sonstige:

Hinweise:

Räumliches und zeitliches Orientierungsvermögen

Orientierung	keine Einschränkung	teilweise eingeschränkt	stark eingeschränkt
Zeitlich	☐	☐	☐
Örtlich	☐	☐	☐
Personenbezogen	☐	☐	☐

Zusätzliche Bemerkungen:

Beweglichkeit im Alltag

Aktivität	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	kaum möglich
Gehen	☐	☐	☐
Stehen	☐	☐	☐

Hinweise oder Besonderheiten:

Hilfsmittel zur Mobilität (umformulowane)

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| ☐ Pflegebett | ☐ Nachtstuhl | ☐ Antidekubitus-Matratze |
| ☐ Gehstock | ☐ Rollator | ☐ Rollstuhl Barrierefreie |
| ☐ Patientenlift | ☐ Badewannenlifter | ☐ Dusche |
| ☐ Treppenlift | ☐ Andere Hilfen: | |

Hilfsmittel zur Mobilität (umformulowane)

- | | |
|---|---|
| ☐ nicht erforderlich | ☐ mit Unterstützung möglich |
| ☐ aktive Mitwirkung | ☐ geringe Mitwirkung |
| ☐ keine Mitwirkung | ☐ vollständiges Heben nötig |
| ☐ nur mit Patientenlift möglich | |

Hinweise:

Demenz – Einschätzung des Verhaltens und der Orientierung

(Nur ausfüllen, wenn eine Demenz oder ein entsprechender Verdacht besteht)

Orientierungsprobleme

- ☐ Schwierigkeiten mit zeitlicher Orientierung (z. B. Tag/Nacht, Alter, Jahreszeiten)
- ☐ Schwierigkeiten mit räumlicher Orientierung (z. B. findet sich in der Wohnung nicht zurecht)
- ☐ Verwechslung von Personen (z. B. erkennt Angehörige nicht)
- ☐ Unsicherheit in Bezug auf die eigene Identität

Verhaltensauffälligkeiten

- ☐ Aggressives Verhalten

Art der Aggression (falls bekannt):

- ☐ gegen sich selbst ☐ gegen andere ☐ gegen Gegenstände ☐ verbal

Weitere Auffälligkeiten:

- ☐ Angst oder Panikreaktionen
☐ Teilnahmslosigkeit / Apathie
☐ Halluzinationen
☐ Unruhiger Tag-/Nachtrhythmus
☐ starke innere Unruhe
☐ Weglauftendenzen (tagsüber oder nachts) Körperpflege
☐ wird verweigert oder nur schwer zugelassen

Umgang mit der Betreuungsperson

- ☐ Person benötigt aktive Ansprache / häufige Kontaktaufnahme
☐ Person bevorzugt eher Rückzug und Ruhe

Körperpflege - Detaillierte Einschätzung

Welche Körperpflege-Maßnahmen werden regelmäßig benötigt?
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| ☐ Waschen (z. B. Gesicht, Oberkörper) | ☐ Hautpflege (Cremes, Lotionen) |
| ☐ Duschen / Baden | ☐ Fußpflege (nicht podologisch) |
| ☐ Intimpflege | ☐ Nagelpflege (nicht medizinisch) |
| ☐ Haarpflege (Kämmen, Waschen) | ☐ Eincremen bei Hautproblemen (z. B. Dekubitusprophylaxe) |
| ☐ Rasur (Nass- oder Trockenrasur) | ☐ Wechseln von Kleidung / Wäsche |
| ☐ Zahnpflege / Reinigung von Zahnersatz | |

Wird die Körperpflege durch die betreute Person akzeptiert?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise

Wird die Pflege im Bett durchgeführt?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wer übernimmt überwiegend die Körperpflege?

- ☐ Betreuungskraft ☐ Angehörige ☐ Ambulanter Dienst

Gibt es besondere Anforderungen oder Hilfsmittel?

Ausscheiden / Inkontinenz – Unterstützung beim Toilettengang

Welche Form der Inkontinenz liegt vor?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Keine | ☐ Stuhlinkontinenz |
| ☐ Harninkontinenz | ☐ Doppelinkontinenz (Harn + Stuhl) |

Wird Hilfe beim Toilettengang benötigt?

- ☐ Ja ☐ Ja, Teilweise ☐ Ja, vollständig

Gibt es ein Rezept für Inkontinenzmaterial?

- ☐ Ja ☐ Nein

Welche Hilfsmittel werden regelmäßig verwendet?

- | | |
|--|--|
| ☐ Einlagen / Vorlagen | ☐ Klistier / Abführmaßnahmen |
| ☐ Windeln / Pants | ☐ Analtampon |
| ☐ Bettunterlagen (z. B. saugfähig) | ☐ Dauerkatheter |
| ☐ Urinflasche / Steckbecken | ☐ Urostoma / Anus praeter |
| ☐ Toilettenstuhl / Nachtstuhl | ☐ Sonstige: |

Besondere Hinweise oder medizinische Vorgaben:

Hilfsmittel zum Verbrauch (nach § 40 SGB XI)

- ☐ Es werden regelmäßig zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel genutzt
- ☐ mit Rezept ☐ ohne Rezept
- ☐ Es werden keine Verbrauchshilfsmittel benötigt

Hinweis:

Pflegebedürftige mit anerkanntem Pflegegrad haben Anspruch auf die Kostenerstattung von bis zu 42 € monatlich für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch. Dazu zählen z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Schutzschürzen oder saugende Bettschutzeinlagen.

An- und Auskleiden – Unterstützung beim täglichen Ankleiden

Wie gut kann sich die betreute Person an- und auskleiden?

- | | |
|---|---|
| ☐ vollständig selbstständig | ☐ mit geringer Hilfe (z. B. nur Knöpfe, Reißverschluss) |
| ☐ vollständige Hilfe erforderlich | ☐ mit Unterstützung bei bestimmten Kleidungsstücken |

Welche Hilfsmittel werden verwendet (falls vorhanden)?

- | | |
|--|--|
| ☐ Anziehhilfe / Greifhilfe | ☐ Rollator mit Sitz zum Anziehen |
| ☐ Strumpfanzieher | ☐ Keine Hilfsmittel notwendig |
| ☐ Pflegeoverall | |

Besondere Hinweise zum Ankleiden (z. B. Kleidungsvorlieben, Probleme, Zeiten):

Ernährung und Flüssigkeitszufuhr – Unterstützung beim Essen und Trinken

Wie erfolgt die Nahrungsaufnahme?

- ☐ Selbstständig
- ☐ Mit Unterstützung (z. B. Halten des Bestecks)
- ☐ Sondenernährung / PEG
- ☐ Mit Erinnerung / Anleitung
- ☐ Vollständige Hilfe erforderlich

Gibt es Besonderheiten bei der Ernährung?

- ☐ Appetitlosigkeit Kauprobleme /
- ☐ Zahnprobleme
- ☐ Schluckstörungen (Dysphagie)
- ☐ Diätvorgaben:
- ☐ Erhöhter Energiebedarf
- ☐ Reduzierte Flüssigkeitsaufnahme
- ☐ Verweigerung der Nahrungsaufnahme

Wird ausreichend getrunken?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Muss erinnert / motiviert werden

Verwendete Trinkhilfen:

- ☐ Schnabeltasse
- ☐ Strohhalm
- ☐ Spezialgeschirr
- ☐ Keine

Nächtlicher Unterstützungsbedarf – Verhalten und Betreuung in der Nacht

Benötigt die betreute Person nachts Unterstützung?

- ☐ Nein
- ☐ Gelegentlich (1–2× pro Nacht)
- ☐ Regelmäßig (mehrmals pro Nacht)
- ☐ Durchgehende Anwesenheit erforderlich

Welche Unterstützung wird nachts benötigt?

- ☐ Toilettengänge
- ☐ Lagerung / Positionswechsel
- ☐ Beruhigung bei Unruhe / Angstzuständen
- ☐ Kontrolle bei Weglauftendenz
- ☐ Gabe von Medikamenten
- ☐ Überwachung medizinischer Werte (z. B. Blutzucker, Atmung)

Zusätzliche Hinweise oder Besonderheiten in der Nacht:

Tagesstruktur und Beschäftigung – Tagesverlauf und Aktivierung

Wie gestaltet die betreute Person ihren Tag?

- ☐ Hat klare Tagesstruktur / feste Abläufe
- ☐ Braucht Unterstützung bei der Tagesgestaltung
- ☐ Verbringt den Tag überwiegend passiv / zurückgezogen
- ☐ Zeigt Interesse an Aktivitäten

Welche Beschäftigungen sind möglich oder gewünscht?

- | | |
|---|--|
| ☐ Fernsehen / Radio | ☐ Musik / Singen |
| ☐ Lesen / Vorlesen | ☐ Haushaltstätigkeiten (leichte) |
| ☐ Gesellschaftsspiele | ☐ Basteln / kreative Tätigkeiten |
| ☐ Spaziergänge / Bewegung | ☐ Gespräche / gemeinsame Zeit |
| ☐ Andere: | |

Gibt es Besonderheiten bei der Tagesstruktur oder Motivation?

Therapien - Beschäftigung

Bitte geben Sie an, welche Therapien oder unterstützenden Aktivitäten derzeit stattfinden.

Tragen Sie nach Möglichkeit die Häufigkeit pro Woche ein.

Therapie / Aktivität	Häufigkeit pro Woche	Bemerkungen / Anbieter
☐ Ergotherapie	/Woche	
☐ Musiktherapie	/Woche	
☐ Beschäftigungstherapie	/Woche	
☐ Logopädie	/Woche	
☐ Krankengymnastik /	/Woche	
☐ Physiotherapie Tagespflege	/Woche	
☐ Betreuung durch	/Woche	
☐ Familienmitglieder Sonstiges:	/Woche	

Entlastung und Unterstützung der Betreuungskraft vor Ort

Wer kann die Betreuungskraft vor Ort entlasten / unterstützen?

- | | |
|--|--|
| ☐ Familienangehörige im Haushalt | ☐ Ehrenamtliche Helfer |
| ☐ Angehörige besuchen regelmäßig | ☐ Pflegedienst |
| ☐ Nachbarn helfen gelegentlich | ☐ Niemand – Betreuungskraft ist allein zuständig |

Wer übernimmt regelmäßig folgende Aufgaben? (Mehrfachnennungen möglich)

Aufgabe	Familie	Betreuungskraft	Externe Hilfe
Einkäufe	☐	☐	☐
Kochen	☐	☐	☐
Reinigung der Wohnung	☐	☐	☐
Waschen / Bügeln	☐	☐	☐
Begleitung zu Arztterminen	☐	☐	☐
Spaziergänge / Beschäftigung	☐	☐	☐
Medikamentenorganisation	☐	☐	☐

Wer organisiert Freizeit / Pausenzeit der Betreuungskraft?

- ☐ Familie
- ☐ Externe Koordinatorin
- ☐ Betreuungskraft selbst
- ☐ Noch nicht geklärt

Besondere Hinweise oder Wünsche:

Wohnt eine weitere (zweite) Person mit im Haushalt?

☐ Ja ☐ Nein

Ist die hauswirtschaftliche Versorgung für die 2. Person erwünscht?

☐ Ja ☐ Nein

Unterstützt die 2. Person die Betreuungskraft?

☐ Ja ☐ Nein

Muss die 2. Person aktiv gepflegt werden?

☐ Ja ☐ Nein

Wohnen weitere Familienmitglieder in der Nähe?

☐ Ja ☐ Nein

Zusätzliche Entlastung der Betreuungskraft

- ☐ An _____ Tagen pro Woche ist ein Familienmitglied für mindestens 1 Stunde vor Ort anwesend.
- ☐ Nutzung der Entlastungsleistungen gemäß § 45b SGB XI
(z. B. ambulanter Pflegedienst, Alltagsbegleiter, Seniorenbetreuung)
- ☐ Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an _____ Tagen pro Woche
- ☐ Sonstige Entlastungsangebote oder Hinweise:

Gewünschte Aufgaben der Betreuungskraft

Bitte kreuzen Sie an, welche Aufgaben die Betreuungskraft regelmäßig übernehmen soll:

- | | |
|--|---|
| ☐ Unterstützung bei der Körperpflege | ☐ Medikamentengabe gemäß Plan / Erinnerung |
| ☐ Hilfe beim An- und Auskleiden | ☐ Begleitung zu Arztbesuchen / Terminen |
| ☐ Unterstützung bei Toilettengängen /
Inkontinenzversorgung | ☐ Beschäftigungsangebote (z. B. Vorlesen, Spiele,
Musik) |
| ☐ Zubereitung von Mahlzeiten | ☐ Spaziergänge / Bewegungsübungen |
| ☐ Einkaufen / Erledigungen außer Haus | ☐ Gespräche / Gesellschaft leisten |
| ☐ Reinigung der Wohnung (Staubsaugen,
Wischen, Bad/WC) | ☐ Versorgung von Haustieren |
| ☐ Wäsche waschen / Bügeln | ☐ Weitere gewünschte Aufgaben: |

Nicht gewünschte Aufgaben der Betreuungskraft

Bitte markieren Sie, welche Tätigkeiten ausdrücklich nicht von der Betreuungskraft übernommen werden sollen:

- | | |
|--|--|
| ☐ Fenster putzen | ☐ Übernahme schwerer körperlicher Arbeiten
(z. B. Heben, Umsetzen ohne Hilfsmittel) |
| ☐ Gartenarbeit | ☐ Verantwortung für Medikamentenverordnung
/Rezeptbeschaffung |
| ☐ Grundreinigung / Frühjahrsputz | ☐ Versorgung von Haustieren |
| ☐ Versorgung medizinischer
Geräte (z. B. Sauerstofftechnik) | ☐ Andere ausgeschlossene Aufgaben: |
| ☐ Versorgung weiterer Personen
im Haushalt | |

Wohnumfeld und Haustiere

Gibt es Haustiere?

- ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche:

Wer soll die Haustiere versorgen?

- ☐ Betreuungskraft ☐ Familie

Ort und Wohnsituation:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| ☐ Einfamilienhaus | ☐ Zweifamilienhaus | ☐ Wohnung |
| ☐ Zimmer: | ☐ Barrierearm | ☐ Fahrstuhl |
| ☐ Garten | ☐ Balkon | ☐ Etage: |

Ausstattung der Häuslichkeit:

- ☐ einfach ☐ normal ☐ gehoben

Der Patient / die 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 |

Versorgung und Anbindung

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar):

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ ca. 10 Min. | ☐ ca. 20 Min. | ☐ ca. 30 Min | ☐ Familie hilft / erledigt |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|

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

Nächste Haltestelle für Bus, U-/S-Bahn (zu Fuß):

- ☐ ca. 10 Min. ☐ ca. 20 Min. ☐ ca. 30 Min

Zimmer der Betreuungskraft

Welche Art von Zimmer steht zur Verfügung?

- ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ Gästezimmer

Ausstattung des Zimmers:

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Bett | ☐ Schrank | ☐ Tisch |
| ☐ Stuhl | ☐ Fenster | ☐ Heizung |
| ☐ TV | ☐ Radio | ☐ Internet / WLAN |

Sanitäre Einrichtungen für die Betreuungskraft:

- ☐ Eigenes Bad ☐ Mitbenutzung im Haushalt ☐ Keine Angabe

Zustand des Zimmers:

- ☐ einfach ☐ normal ☐ gut ☐ sehr gut

Bemerkungen:

Zur Freizeitgestaltung der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

- ☐ PKW ☐ Fahrrad ☐ Balkon ☐ Garten

Hinweise:

Hobbies - Interessen

- | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Music | ☐ 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: ☐ 25 - 35 Jahre ☐ 36 - 45 Jahre ☐ > 46 Jahre
(keine Garantie)
- Geschlecht: ☐ Frau ☐ Mann ☐ Egal
- Sprachkenntnisse: ☐ einfache ☐ mittlere ☐ gute ☐ sehr gute
- Führerschein: ☐ nein ☐ ja ☐ Schaltung ☐ Automatik
- Raucher ☐ 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 | ☐ Kochen | ☐ Wäsche waschen |
| ☐ Bügeln | ☐ Reinigung des Wohnbereichs | ☐ Fahrstuhl |
| ☐ Garten | ☐ Arztbesuche organisieren | ☐ Grundpflege |
| ☐ spazieren gehen | ☐ gemeinsame Ausflüge | ☐ Pflege der Zimmerpflanzen |
| ☐ | | |

Information für betroffene Personen gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

(Interessenten, Angehörige, bevollmächtigte oder gesetzlich bestellte Vertreter)

Verantwortlicher

Sankt Andreas Pflegehilfe Elbing Sp. z o.o.
ul. Mickiewicza 43 82-400 Sztum (Polen)
Telefon: +49 2651-7502299
E-Mail: zentrale@sankt-andreas-pflegehilfe.de
Internet: www.sankt-andreas-pflegehilfe.de

Gesetzlicher Vertreter

Adam Gościcki – Geschäftsführer

Datenschutzbeauftragter

Adam Gościcki (E-Mail wie oben)

Zweck der Datenverarbeitung

Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten zur Auswahl und Vermittlung geeigneter Betreuungskräfte sowie zur Organisation und Durchführung von Betreuungsleistungen,

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragsanbahnung oder -erfüllung), Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung, soweit erforderlich)

Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Gesundheitsdaten)

Kategorien von Empfängern

Kooperationspartner (z. B. Vermittlungsagenturen für Betreuungspersonal)
Selbstständige oder angestellte Betreuungspersonen
Öffentliche Stellen, soweit gesetzlich erforderlich

Datenübermittlung in ein Drittland

Eine Übermittlung in ein Drittland findet nicht statt.

Dauer der Datenspeicherung

Die Daten werden während des Vermittlungs- oder Vertragsverhältnisses gespeichert. Relevante Unterlagen werden gemäß § 147 AO für bis zu 10 Jahre aufbewahrt. Gesundheitsbezogene Angaben und Einwilligungen werden nur solange gespeichert, wie sie zur Erfüllung des Zwecks erforderlich sind. Eine frühere Löschung erfolgt auf Wunsch.

Rechte der betroffenen Person

Sie haben das Recht auf:

Auskunft über Ihre gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO), Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO), Widerruf einer erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten.

Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu beschweren.

Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist zur Durchführung der Betreuungsleistungen erforderlich. Ohne diese Daten kann keine Betreuung organisiert oder vermittelt werden.

Automatisierte Entscheidungsfindung

Es findet keine automatisierte Entscheidungsfindung oder Profiling statt.

Wichtig: Diese Seite wird ausschließlich intern verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form bearbeitet.

Einverständniserklärung und Abschluss des Fragebogens

Einwilligung zu Marketingzwecken

Ich möchte regelmäßig Informationen und Angebote zu Betreuung und Pflege per Post oder E-Mail erhalten.

Hiermit willige ich ein, dass die Sankt Andreas Pflegehilfe Elbing Sp. z o.o. meine folgenden personenbezogenen Daten – Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse – für eigene Marketingzwecke nutzen darf, insbesondere zur Zusendung von Angeboten und Informationen rund um das Thema Betreuung.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- die Einwilligung freiwillig ist,
- ein möglicher Vertragsabschluss nicht von der Erteilung dieser Einwilligung abhängig ist,
- ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐ Ich bin damit einverstanden

☐ Ich bin nicht damit einverstanden

Erklärung des Kunden bzw. der Kontaktperson/Bevollmächtigten

Ich wurde darüber belehrt, dass der Vertragsabschluss nicht von der Erteilung einer Einwilligung zu Werbezwecken abhängig ist.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der Sankt Andreas Pflegehilfe Elbing widerrufen kann.

Anwesend bei der Erstellung dieses Betreuungsfragebogens:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Kunde (Patient)

☐ Kontaktperson / Angehörige

☐ Pflegedienst

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

Erklärung zur Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Ich versichere, dass alle in diesem Fragebogen gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und korrekt sind.

Ich bin darüber hinaus darüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß Art. 6 und 9 DSGVO zum Zwecke der Vermittlung einer Betreuungskraft verarbeitet werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der Verarbeitung der erhobenen Daten im Rahmen der Vermittlung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehörige):



Unterschrift Sankt Andreas Pflegehilfe:



Fragebogen jetzt per Email absenden



Sankt Andreas⁺
p f l e g e h i l f e

