

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
(tt.mm.jjjj) _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Wie wurden Sie auf ProDomo Pflegehilfe aufmerksam? _____

Anonymisiertes Kennzeichen der Anfrage:
(wird von Prodomo vergeben) _____

Anfragedatum (tt.mm.jjjj): _____

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

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> COPD Stufe _____ | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Blutverdünnung | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Parkinson seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Demenz (Fortgeschritten) |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |

Hinweise: _____

Wer stellt die Medikamente

- Apotheke Pflegedienst Familie Selbst

Grundsätzliche Fragen

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die zu betreuende Person bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muss die zu betreuende Person gelagert werden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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 **wenig** mit
 - Patient hilft **nicht** mit
 - muss gehoben werden
 - Transfer nur mit Patientenlift

Hinweise _____

Hygiene	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient wird im Bett gewaschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hand-Fußpflege	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Fußpflege kommt ins Haus	

Hinweise _____

Ausscheiden	Ja	gelegentlich	Nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel	Ja	Nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windeln/Panty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzrezept liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise _____

Hilfsmittel zum Verbrauch (Leistung der Pflegekasse 42,00 Euro nach §40 SGB XI)

vorhanden ProDomoBox bestellen werden selbst besorgt

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Hinweise: _____

Kleidung	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kleidung muss auf Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hinweise:

Essen-Trinken	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	
Selbstständiges Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstständiges Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kauen – Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PEG Sonde		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
Nahrung kleinschneiden		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
Nahrung dareichen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> Natur/Garten | <input type="checkbox"/> Spaziergehen |
| <input type="checkbox"/> Spiele | <input type="checkbox"/> Malen | <input type="checkbox"/> Lesen | <input type="checkbox"/> Kreuzworträtsel |

Weitere _____

Wesenszüge

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> lieb | <input type="checkbox"/> umgänglich | <input type="checkbox"/> bescheiden | <input type="checkbox"/> geduldig | <input type="checkbox"/> zurückhaltend |
| <input type="checkbox"/> fordernd | <input type="checkbox"/> bestimmend | <input type="checkbox"/> störrisch | <input type="checkbox"/> ungeduldig | <input type="checkbox"/> 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 (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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einkaufen gehen | <input type="checkbox"/> Arztbesuche organisieren | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Grundpflege | <input type="checkbox"/> Auto fahren |
| <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> spazieren gehen | |
| <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> gemeinsame Ausflüge | |
| <input type="checkbox"/> Reinigung des Wohnbereichs | <input type="checkbox"/> Pflege der Zimmerpflanzen | _____ |

Gibt es Haustiere? ja nein wenn ja, welche _____

Wer soll die Haustiere versorgen? Betreuungskraft Familie

Ort und Wohnsituation

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus | <input type="checkbox"/> Garten |
| <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Zimmer _____ | <input type="checkbox"/> Balkon |
| <input type="checkbox"/> Barriere arm | <input type="checkbox"/> Fahrstuhl | <input type="checkbox"/> Etage _____ |

Die Ausstattung der Häuslichkeit ist:

- einfach normal gehoben

Der Patient / Patientin wohnen in:

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

Die Wohnlage ist:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr ruhig | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> belebt | <input type="checkbox"/> sehr belebt |
| <input type="checkbox"/> Außenorts | <input type="checkbox"/> Vorortlage | <input type="checkbox"/> Zentrumsnah | <input type="checkbox"/> Zentrum |

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:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Schlafcouch | <input type="checkbox"/> Internet (WLAN) | <input type="checkbox"/> eigener Wohnbereich |
| <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Computer | <input type="checkbox"/> eigenes Bad |
| <input type="checkbox"/> Schrank | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Balkon | <input type="checkbox"/> eigenes WC |
| | | | <input type="checkbox"/> 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:

ProDomo Pflegehilfe GmbH, Tannenwaldallee 2, 61348 Bad Homburg v.d.Höhe
+49 6172 3804187, info@prodomopflegehilfe.de

Gesetzlicher Vertreter/Geschäftsführer:

Ulrich Gelfert, Hyun.-Ho Moon

Datenschutzbeauftragter: nicht erforderlich

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 ProDomo Pflegehilfe GmbH 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 ProDomo Pflegehilfe GmbH 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 Pro Domo Pflegehilfe GmbH, Tannenwaldallee 2 in 61348 Bad Homburg zu richten, datenschutz@prodomo-pflegehilfe.de. 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 ProDomo - Pflegehilfe
