Erfassungsbogen

DE VASILEVA

Nehmen Sie sich einen Moment Zeit und teilen Sie uns Ihren Bedarf an 24-Stunden-Betreuung mit.

1. Angaben zur Kontaktperson

☐ Frau ☐ Herr

Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

2. Angaben zum Patienten

☐ Frau ☐ Herr

Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Alter _____

Größe: _____ cm 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 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 ☐

E-mail:info@devasileva.de www.devasileva.de

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
☐ Arthrose	☐ 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: selbstständig ☐ am Hilfsmittel ☐ am Hilfsmittel mit Unterstützung ☐ nicht möglich ☐

Stehen: selbstständig ☐ am Hilfsmittel ☐ am Hilfsmittel mit Unterstützung ☐ nicht möglich ☐

Benötigt die Person Hilfe beim Transfer (bspw. in den Rollstuhl)?
Nein ☐ Unterstützung ☐ vollumfänglich ☐

Falls ein Transfer notwendig ist, kann die Person dabei aktiv mithelfen?
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

DE VASILEVA

E-mail:info@devasileva.de www.devasileva.de

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

DEVASILEVA

E-mail:info@devasileva.de www.devasileva.de

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 ☐ (Sprechen & Verstehen fließend) Gut ☐ (Einfache Gespräche möglich) Befriedigend ☐ (Kommunikationsfähig) Ausreichend ☐ (einzelne Worte) sehr gering ☐ (kaum Worte) keine ☐

Soll die Betreuungskraft einen Führerschein besitzen?

Ja ☐ wünschenswert ☐ nicht relevant ☐

Zur Verfügung steht ein Fahrzeug mit: Schaltgetriebe ☐ Automatikgetriebe ☐

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 ☐ Hilfe bei Medikamenten

☐ 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: _____

DE VASILEVA

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? Nein ☐ Ja ☐

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 eine Rückmeldung erhalten?

☐ E-Mail ☐ Telefon ☐ Post ☐ Fax

Wer erhält die Rechnung? (Bitte Namen und E-Mail-Adresse angeben.)

☐ betreute Person ☐ Kontaktperson ☐ andere Person: _____

Haben Sie noch Fragen oder möchten uns etwas mitteilen?

_____

Pausen und freie Zeit der Betreuungskraft (bitte vorab vereinbaren):

Wann sind tägliche Pausen möglich? _____

Wie wird ein freier Tag pro Woche organisiert? _____

Wer übernimmt während dieser Zeit die Betreuung? _____

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an info@devasileva.de oder per Post an: DESISLAVA VASILEVA Sp. z o.o., ul. Okrężna 8, 44-100 Gliwice, Polen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt gemäß den Datenschutzhinweisen auf Seite 6 dieses Formulars. Durch Ihre Unterschrift kommt kein Vertrag zustande.

[ ] Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten

DE VASILEVA

Erfassungsbogen

Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten durch

DESISLAVA VASILEVA Sp. z o.o.

Für unsere Dienstleistungen im Bereich der häuslichen Betreuung verarbeiten wir personenbezogene Daten, die Sie uns im Rahmen Ihrer Anfrage und dieses Erfassungsbogens mitteilen.

1. Verantwortlicher und Zweck der Verarbeitung
Verantwortlicher ist DESISLAVA VASILEVA Sp. z o.o., ul. Okrężna 8, 44-100 Gliwice, Polen, E-Mail: info@devasileva.de. Wir verarbeiten Ihre Kontaktdaten und Angaben zum Betreuungsbedarf, um Ihre Anfrage zu bearbeiten, ein individuelles Angebot zu erstellen und eine geeignete Betreuungskraft vorzuschlagen bzw. die häusliche Betreuung zu organisieren.

2. Rechtsgrundlagen und Gesundheitsdaten
Die Verarbeitung der für Ihre Anfrage und die vorvertragliche Bearbeitung erforderlichen Daten erfolgt, soweit anwendbar, auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Soweit berechtigte Interessen betroffen sind, kann Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO Anwendung finden. Angaben zum Gesundheitszustand sind besondere Kategorien personenbezogener Daten. Soweit wir diese auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeiten, gilt Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

3. Empfänger und Speicherdauer
Zugriff auf Ihre Daten erhalten nur befugte Personen. Soweit dies für die Organisation und Durchführung der Betreuung erforderlich und rechtlich zulässig ist, können notwendige Daten an beteiligte Betreuungskräfte und Dienstleister weitergegeben werden. Die Daten werden nur so lange gespeichert, wie es für den jeweiligen Zweck erforderlich ist; gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben unberührt.

4. Ihre Rechte
Sie haben nach Maßgabe der DSGVO insbesondere Rechte auf Auskunft (Art. 15), Berichtigung (Art. 16), Löschung (Art. 17), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18), Datenübertragbarkeit (Art. 20) und Widerspruch (Art. 21) sowie ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde.
Weitere Informationen: www.devasileva.de/datenschutzerklarung-datenschutz-bei-devasileva

[ ] Ich habe die vorstehenden Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen.

[ ] Ich willige ausdrücklich in die Verarbeitung der in diesem Formular angegebenen Gesundheitsdaten zur Prüfung und Organisation einer passenden häuslichen Betreuung ein.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten