

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 ☐

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 |
| ☐ 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: 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, unterstützt die Person dabei aktiv ?

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 |

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

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

☐ 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: _____

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 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?

☐ Suchmaschine ☐ Branchenbuch ☐ Paketbeilage ☐ Radio

☐ Weiterempfehlung ☐ Social Media ☐ Magazin ☐ TV

☐ Bewertungsportal ☐ Postwurfsendung ☐ Plakat ☐ Sonstige: _____

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt. Bitte senden Sie dieses Formular per E-Mail oder Post an die Adresse: Gliwice 44-100, Okrężna 8: "Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind, Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenanfrage durch die DESISLAVA VASILEVA Sp. z o.o. kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist an die Gliwice 44-100, Okrężna 8, , Polen für zu richten. Ich bestätige, dass obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß".

Durch Ihre Unterschrift kommt kein Vertrag zustande.

☐ Ich bestätige, dass obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten _____

Erfassungsbogen

Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung ihrer Daten durch

DEISLAVA VASILEVA

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 DEISLAVA VASILEVA gespeichert und können nur von berechtigten Personen ein-gesehen werden. Firma DEISLAVA VASILEVA 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. Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

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

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten

