**Kunde (Leistungsempfänger)**

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / E-Mail:

**Kontaktperson (Angehöriger oder bevollmächtigte Person)**

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / E-Mail:

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person:

###### Angaben zum Pflegegrad, Größe und Gewicht:

Kein Pflegegrad vorhanden

aktueller Pflegegrad 1 2 3 4 5

Pflegegrad wurde beantragt 1 2 3 4 5

Gewicht der zu betreuenden Person:

Größe der zu betreuenden Person:

**Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:**

**Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:**

##### Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Allergien | | | | | | | | | altersbed. Gehschwäche | | Alzheimer | | Asthma | |  | |  | |  | |  |
| beginnende Demenz | |  | |  | |  | |  | chronische Durchfälle | | Depression | | Dekubitus | |  | |  | |  | |  |
| Demenz | | | | | | | | | Diabetes insulinpflicht. | | Diabetes | | Herzinfarkt | |  | |  | |  | |  |
| Herzinsuffizienz | | | | | | | | | Herzrhythmusstörung | | Hypertonie | | Rheuma | |  | |  | |  | |  |
| multiple Sklerose | | | | | | | | | Osteoporose | | Parkinson | |  | |  | |  | |  | |  |
| Schlaganfall |  | | re | |  | | li | Stoma | | Tumor | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

Sonstiges:

MRSA, hier muss **vorab** abgeklärt werden, ob der Dienstleister Personal zur Verfügung stellen kann.

Bei Erkrankung muss der Dienstleister sofort darüber informiert werden. Während der Vertragslaufzeit kann in der Zeit der Erkrankung kein Personal gestellt werden.

**Ergänzende 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

Benötigt die zu betreuende Person Transfer (Bett - Rollstuhl)? ja nein

Falls „ja“, hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ja nein

Wer hat den Transfer bisher durchgeführt? ☐Angehöriger ☐Pflegedienst

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche?

Leiden andere Personen im Haushalt an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche?

Lebt eine zweite Person im Haushalt? ja, nein

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ja (separaten Fragebogen ausfüllen) nein

Ist die zu betreuende Person Raucher? ja nein

Erfolgt bereits die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? ja nein

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden? ja nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?           

**Kommunikation:**

Sprechen: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hören: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Sehen: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hilfsmittel: Brille  Hörgerät Sonstige, welche?

**Orientierung:**

Zeitlich: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Persönlich: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

**Bewegung:**

Gehen: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Stehen: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Treppensteigen: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hilfsmittel: Stock Rollator Rollstuhl Nachtstuhl Pflegebett Dekubitus Matratze Badewannenlifter Sonstige Hilfsmittel

**Körperpflege / Hygiene:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | selbstständig | teilweise selbstständig | unter Anleitung | vollständige Unterstützung |
| Duschen / Baden: |  |  |  |  |
| Gesicht: |  |  |  |  |
| Mundpflege / Zahnprothese: |  |  |  |  |
| Haare kämmen / waschen: |  |  |  |  |
| Rasieren |  |  |  |  |
| Oberkörper |  |  |  |  |
| Gesäß / Beine: |  |  |  |  |
| Intimpflege: |  |  |  |  |
| Hautpflege |  |  |  |  |
| Handpflege: |  |  |  |  |
| Fußpflege: |  |  |  |  |

**An- und Auskleiden:**

Ankleiden: ☐uneingeschränkt ☐teilweise eingeschränkt ☐eingeschränkt

Auskleiden: ☐uneingeschränkt ☐teilweise eingeschränkt ☐eingeschränkt

**Essen und Trinken:**

Essen : ☐uneingeschränkt ☐teilweise eingeschränkt ☐eingeschränkt

Trinken : ☐uneingeschränkt ☐teilweise eingeschränkt ☐eingeschränkt

Kauen / Schlucken: ☐uneingeschränkt ☐teilweise eingeschränkt ☐eingeschränkt

PEG Sonde: ☐ja ☐nein

Ernährungszustand: ☐Normal ☐Kachektisch (abgemagert, ausgezehrt)

☐Adipös (stark übergewichtig) ☐Exsikkiert (ausgetrocknet)

Kostform / Diät: ☐Normal ☐Vollwert ☐Vegetarisch ☐ Sonderkost ☐ Diabetikerkost

Trinkmenge: ☐Normal ☐Wenig ☐Viel

**Urin und Stuhlkontrolle:**

Harninkontinenz ☐ja ☐gelegentlich ☐nein

Stuhlinkontinenz ☐ja ☐gelegentlich ☐nein

Hilfsmittel: ☐Blasenkatheter ☐suprapubischer Katheter ☐Urinflasche

☐Windeln ☐Vorlagen

**Ruhen und Schlafen:**

Einschlafen: ☐uneingeschränkt ☐teilweise eingeschränkt ☐eingeschränkt

Durchschlafen: ☐uneingeschränkt ☐teilweise eingeschränkt ☐eingeschränkt

Nachteinsatz: ☐1- 2x im Monat ☐1x pro Nacht regelmäßig ☐öfter als 1x pro Nacht

Schlafmittel: ☐ja ☐nein Medikation:           

**Therapien und mehr:**

☐Keine ☐Krankengymnastik ☐Logopädie ☐Beschäftigungstherapie

☐Ergotherapie ☐Musiktherapie ☐Sonstige:

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?      

Interesse und Hobbys der zu betreuenden Personen:

Charakterzüge der zu betreuenden Person:

**Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen**

**Angaben zur Betreuungskraft:**

Geschlecht: Dame Herr irrelevant

Deutschkenntnisse: Grundkenntnisse bis mittlere Deutschkenntnisse mittlere bis gute Deutschkenntnisse

gute bis sehr gute Deutschkenntnisse

Sonstige Wünsche, wie Führerschein, Nichtraucher/in usw. sind optional, keine Garantie

**Angaben zur gewünschten Anstellung der Betreuungskraft:**

Ich möchte die Anstellung u. Entsendung der Kraft über eine polnische Firma

Ich möchte Arbeitgeber werden und wünsche eine Betreuungskraft zur Festeinstellung

**Angaben zu Tätigkeiten der Betreuungskraft:**

Einkaufen Kochen Wäschewaschen Bügeln Reinigen des Arbeitsplatzes

Arztbesuche Ausflüge Freizeitgestaltung Auto fahren Spazierengehen

Pflege von Zimmerpflanzen Versorgung von Haustieren, welche?

**Beschreibung der Unterkunft der zu betreuenden Person:**

Die zu betreuende Person lebt:

Großstadt zentral Großstadt abgelegen Kleinstadt Dorf

in einer Wohnung in einem Haus mit Garten Sonstige

**Zimmerausstattung der Betreuungskraft:**

Bett Tisch Schrank Radio TV

eigenes Bad gemeinschaftliches Bad Computer Internetzugang WLAN (Voraussetzung)

Internetzugang kann bereitgestellt werden

Sonstiges

Kann dem Personal ein separates, abschließbares Zimmer mit Fenster und Heizung zur Verfügung gestellt werden?

ja

☐nein, wenn nicht, kann die Dienstleistung nicht erbracht werden!

**Einkaufsmöglichkeiten:**

Zu Fuß: ca. 10 Minuten ca. 20 Minuten ca. 30 Minuten wird von der Familie erledigt

**Mögliche Dienstleistungen:**

**Tätigkeiten und Betreuungsumfang:**

**Grundversorgung:**

* Inkontinenzversorgung
* Körperhygiene wie Waschen, Duschen, Baden, Eincremen, Mundpflege, Kämmen und Rasieren
* Nahrungszubereitung, Hilfe bei Nahrungs- und Getränkeaufnahme
* Prophylaxen

**Aktivierende Versorgung:**

* An- und Auskleiden
* Hilfestellung beim Gehen
* Hilfestellung beim Stehen
* Hilfestellung beim Treppensteigen
* Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
* Mobilisierung nach Anleitung durch den Therapeuten
* Lagern nach Plan

**Hauswirtschaftliche Versorgung\***

* Einkaufen
* Kochen
* Waschen, Bügeln
* Zimmerpflanzenpflege
* Reinigen des Arbeitsplatzes

\* Bezieht sich auf die betreuende Person, bzw. deren Partner im Haushalt.

**Individuelle Betreuung nach Wunsch**

* Ständiger Ansprechpartner Terminvereinbarungen mit Ärzten
* Ausflüge
* Begleitung zum Arzt
* Begleitung zum Frisör
* Spaziergänge
* Beratung rund um die Pflegestufe und Pflegehilfsmittel
* Begleitung bei Behördengängen
* Tagespost bearbeiten
* Sterbebegleitung / Palliative Betreuung

Die Betreuer dürfen keine medizinische Behandlungspflege leisten. Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an den ambulanten Pflegedienst oder den Arzt Ihres Vertrauens.

****Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?****

Seniorenbüro Internet Bekannte / Familie

Krankenhaus

Arzt

Sonstige

**Wie möchten Sie Rückantwort erhalten?**

E-Mail Telefon

*"Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen des Gesundheitszustandes* ***nach besten Wissen*** *und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind."*

Ort, Datum

Unterschrift Kunde / Bevollmächtigte(-r)

**Bitte beachten Sie unsere Datenschutz-Erklärung, siehe nächste Seite. Für Ihre Anfrageverarbeitung benötigen wir unsere Datenschutz-Erklärung unterschrieben zurück.**

**Datenschutz-Erklärung**

**FrankenPlus GbR** ist sich darüber bewusst, dass Ihnen der Schutz Ihrer Privatsphäre ein wichtiges Anliegen ist. Wir nehmen unsere Aufgabe, die Vertraulichkeit Ihrer Daten im Rahmen der geltenden Bestimmungen zum Datenschutzrecht sicherzustellen, im beiderseitigen Interesse sehr ernst. Daher nehmen Sie bitte nachstehende Informationen zur Kenntnis:

Ihre Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Diese Daten werden bei uns EDV-technisch erfasst, verarbeitet und gespeichert.

**Art der gespeicherten Daten:** persönliche Angaben wie Kundendaten z.B. Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Gesundheitszustand

**Zweck der Datenverarbeitung**

Der Verantwortliche verfolgt mit der Datenverarbeitung folgende Zwecke, die unten näher ausgeführt werden:

* Beratung
* Vertragsanbahnung
* Vertragsabschluss
* Vertragsdurchführung
* Vertragsbeendigung

**​Umgang mit personenbezogenen Daten**

Personenbezogene Daten werden nur erhoben, wenn Sie uns diese von sich aus im Rahmen der Kontaktaufnahme mitteilen. Diese Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung jeweils allein zur Bearbeitung Ihrer Anfragen genutzt. Das heißt, wenn Sie die Online-Fragebögen auf unserer Website ausfüllen oder ihren Fragebogen händisch ausfüllen und an uns abschicken, beziehungsweise wenn wir unsere Vermittlungsdienstleistungen erbringen.

Die vorgenannten Daten über Sie und die pflegebedürftige Person benötigen wir, um Ihnen im Rahmen unserer Vermittlungsdienstleistungen eine auf die Bedürfnisse in Ihrem Haushalt und dem Grad des Pflegebedürfnisses geeignete Pflegekraft zu vermitteln und Sie- soweit erforderlich- kontaktieren zu können.

Unser Dienst endet nicht mit der reinen Vermittlung der Dienstleistung des Vertrages. Wir betrachten es vielmehr als selbstverständlich, Ihnen auch während des bestehenden Vertrages mit Rat und Hilfe zur Seite zu stehen. Zu diesem Zweck verwenden wir Ihre  Telefonnummer und E-Mail-Adresse auch dazu, Sie im Rahmen unseres persönlichen Kundenservices kontaktieren zu können, um uns über Ihre Zufriedenheit mit dem Betreuungspersonal zu erkundigen und um ggf. auftretende Probleme zu lösen.

​

Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben Auskunftsrecht über Ihre persönlichen Daten und jederzeit die Möglichkeit die von Ihnen hinterlegten Daten ändern und löschen zu lassen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail an uns. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

​

**Verwalter der personenbezogenen Daten**

FrankenPlus GbR, Humbserstraße 16b, Fürth 90763

​

E-Mail: [info@frankenplus.de](mailto:info@frankenplus.de) / Tel.: 0911 / 490 389 35

Geschäftsführerinnen: Nicole Kramer & Ewa Hübler ​

​**Datenübertragung im Internet**

Der fachliche Austausch mit Kollegen und unseren kooperierenden Personaldienstleistern zur Erfüllung der Dienstleistung kann mündlich, schriftlich und per E-Mail erfolgen. Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet (zum Beispiel bei der Kommunikation per E-Mail) Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.

**Auftragsverarbeitung**

Wir nutzen für die Verarbeitung der Daten auch Dritte. Diese werden nach der DSGVO als Auftragsverarbeiter bezeichnet. Mit Auftragsverarbeitern haben wir entsprechende Verträge geschlossen. Diese Verträge regeln beispielsweise konkret, welche Daten wie vom Auftragsverarbeiter verarbeitet werden.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Daten nur zu den o.a. Zwecken verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wie Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen vorab diese Zweckänderung mit.

Sie bestätigen, dass Sie eine Kopie dieser Erklärung erhalten haben und erklären zugleich, dass Sie vom \*Dienstleistungsempfänger (Kunde) bevollmächtigt wurden, diese Erklärung abzugeben.

---------------------------------------------------------------------

Ort, Datum, Unterschrift Kunde / \*des Bevollmächtigten **Seite 1 von 1 / Datenschutz**