

**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?**

- |  |   |                                     |                                      |
|--|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> altersbed. Gehschwäche   | <input type="checkbox"/> Alzheimer  | <input type="checkbox"/> Asthma      |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle    | <input type="checkbox"/> Demenz     | <input type="checkbox"/> Dekubitus   |
| <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflicht. | <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz  | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung      | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Osteoporose              | <input type="checkbox"/> Parkinson  | <input type="checkbox"/> Rheuma      |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Stoma                    | <input type="checkbox"/> 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?                      | <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 |
| Benötigt die zu betreuende Person Transfer (Bett - Rollstuhl)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit?        | <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 Personen im Haushalt an ansteckenden Krankheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Falls „ja“, welche?   |                             |                               |

- |  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| Lebt eine zweite Person im Haushalt?                         | <input type="checkbox"/> ja,   | <input type="checkbox"/> nein |
| Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? | <input type="checkbox"/> ja (separaten Fragebogen ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein |                               |

- |                                       |                             |                               |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die zu betreuende Person Raucher? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Erfolgt bereits die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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

**Transfer:**

- Bett / Rollstuhl:  selbstständig  hilft mit  komplett hilfsbedürftig

**Körperpflege / Hygiene:**

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständige Unterstützung
Duschen / Baden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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:**

Urininkontinenz 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  
 Alter:  20 – 35 Jh.  35 – 50 Jh.  älter als 50 Jh.  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 eine selbständige Betreuungskraft mit Gewerbeschein  
 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  Spaziergehen  
 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)  
 Auslandstelefonflat vorhanden  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                      Fax                      Internet

**Anwesend bei der Anamnese:**

- Kunde                      Angehörige / Bezugsperson                      Pflegekraft (z. B. Pflegedienst)

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde / Bevollmächtigte(-r)

---

Unterschrift Dienstleister

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

## Datenschutz-Erklärung

**FrankenPlus** 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 / 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 wir 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