

Anfrageformular für Angebotserstellung

1. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Frau Herr Vorname, Name _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht [kg] / Größe [m, cm] _____

Pflegegrad keine 1 2 3 4 5

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? Wie oft? ja nein

Soll der Pflegedienst weiterhin kommen? ja nein

Falls ja, bitte die ausgeführten Leistungen beschreiben:

Insulin Thrombosestrümpfe Medikamente vorbereiten Pflege (waschen)

2. Gesundheitsmerkmale:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> MS-Patient |
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Künstl. Darmausgang | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Druckgeschwür | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Tumor |

Sonstige Krankheiten, bitte beschreiben: _____

Kommunikation möglich?

Sprache gut schlecht eingeschränkt

Hörvermögen gut schlecht eingeschränkt

Sehkraft gut schlecht eingeschränkt

Zeitliche und örtliche Orientierung vorhanden? ja zeitweise keine

Mobilität:

selbständig überwiegend im Rollstuhl mit Rollator

bettlägerig mit Unterstützung mit Gehstock

Aufstehen vom Bett/Rollstuhl:

selbständig

hilft mit (kann stehen)

komplett hilfsbedürftig

Treppensteigen:

selbständig

mit Unterstützung

nicht möglich

Hilfsmittel in der Wohnung:

Rollstuhl Rollator Toilettenstuhl

Krankenbett Badewanne-Lift Treppenlift

Urin Kontrolle:

Kontinent Inkontinent Einlagen Katheter

Stuhl Kontrolle:

Kontinent Inkontinent chronische Durchfälle



Anfrageformular für Angebotserstellung

4. Ihre Wünsche bezüglich der Betreuungskraft

- Frau Mann egal
 Nichtraucher kann draußen rauchen
Ist Führerschein notwendig: ja nein

5. Welche Deutschsprachkenntnisse soll die Pflegehilfe/Betreuungskraft mitbringen?

befriedigend - kommunikativ
(verstehen ausreichend – sprechen mit einfache Sätze, nicht grammatisch)

gut
(verstehen gut - einfache Unterhaltung möglich)

6. Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?

2 Stunden pro Tag anders

7. Betreuung benötigt

schnellstmöglich ab Datum.....

KONTAKTPERSON:

Vorname, Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Verhältnis zum Pflegebedürftigen Person:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

- Inserat in Internet Empfehlung von

Falls eine zweite im Haushalt lebende Pflegebedürftige Person betreut / unterstützt werden soll, bitten wir Sie einen **zweiten Fragebogen** auszufüllen.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen.

Ort..... Datum..... Unterschrift.....



Anfrageformular für Angebotserstellung

Datenschutz nach der EU – Verordnung DS-GVO

Mit meiner Unterzeichnung versichere ich, dass...(bitte nur ein Feld ankreuzen):

Die betreuungsbedürftige Person ich selbst bin,

die im Formular angegebenen Daten meine eigenen sind und ich hiermit die Erlaubnis erteile, diese im Sinne des Auftrags zu verarbeiten. Meine persönlichen Daten, die ich in diesem Formular zur Verfügung stelle, einschließlich der personenbezogenen Daten, in Verbindung mit meinem Gesundheitszustand, werden ausschließlich dazu genutzt, mir Angebote für häusliche Betreuung vorzustellen, die zu meinen Gunsten umgesetzt werden, insbesondere um meine Erwartungen an die dienstleistende Person zu erfüllen und mir potentielle Betreuer/innen jetzt und in Zukunft bis auf Widerruf vorzustellen.

Die von mir erteilte Zustimmung ist freiwillig, aber notwendig, um den Zweck zu erreichen, für den sie geäußert wurde. Meine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung vor dem Widerruf beeinträchtigt wird.

Datum.....

Unterschrift.....

Die betreuungsbedürftige Person nicht ich selbst bin,

auf die sich die personenbezogene Daten in diesem Formular beziehen. Ich handle jedoch auf der Grundlage der mir erteilten Vollmacht.

Hiermit versichere ich, dass der oben genannte betreuungsbedürftige Person, körperlich oder rechtlich nicht in der Lage ist, der Verarbeitung personenbezogener Daten zuzustimmen, jedoch die Verarbeitung dieser Daten für die Realisierung des Vertrages zur Bereitstellung von häusliche Betreuung unumgänglich ist. Hiermit erteile ich die Erlaubnis zur Verarbeitung von personenbezogene Daten, auch die über den Gesundheitszustand der betreuungsbedürftigen Person, die ich rechtlich vertrete, um mir Angebote für häusliche Betreuung vorzustellen, die zu Gunsten der betreuungsbedürftigen Person umgesetzt werden. Diese Daten werden vertraulich und ausschließlich dazu genutzt um meine Erwartungen an die dienstleistende Person zu erfüllen und mir potentielle Betreuer/innen jetzt und in Zukunft bis auf Widerruf vorzustellen.

Die von mir erteilte Zustimmung ist freiwillig, aber notwendig, um den Zweck zu erreichen, für den sie geäußert wurde. Meine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung vor dem Widerruf beeinträchtigt wird.

Datum.....

Unterschrift.....