

Wichtig:

diese Seite (Seite 1 von 12) wird nur intern verwendet und nicht weitergegeben. Ihre Anfrage wird anonymisiert bearbeitet.

Kontaktperson (Auftraggeber)

Vorname / Name _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger Vater Mutter _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon Fax _____

E-Mail _____

Vollmacht liegt vor notarielle Vollmacht Gesetzlicher Betreuer

Leistungsempfänger weiblich männlich

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Wie wurden Sie auf die
MK PflegeAgentur
aufmerksam? _____

Anonymisiertes Kennzeichen der Anfrage: _____

Anfragedatum: _____

Voraussichtlicher Einsatzbeginn schnellstmöglich zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes unbefristet bis zum _____

Leistungsempfänger weiblich männlich

Alter _____ Jahre Größe _____ cm Gewicht _____ kg

PLZ/Ort _____

Raucherhaushalt ja nein Patient ist Raucher ja nein

Weitere Mitglieder im Haushalt _____

Hauswirtschaftliche Versorgung für 2. Person? ja nein

Unterstützt das Familienmitglied die Betreuungskraft? ja nein

Benötigt ein weiteres Familienmitglied aktive Betreuung? (Ja = 2. Fragebogen) ja nein

Hausarzt _____

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr: _____

Anerkannte Pflegebedürftigkeit

seit wann? _____ Es ist noch kein Pflegegrad (PG) bestätigt

PG bestätigt PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

PG beantragt PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung? ja nein wird abbestellt

Name des Pflegedienstes, Telefon _____

wie oft täglich, für welche Tätigkeiten _____

Hausnotruf? ja nein geplant

Schlüssel hinterlegt? ja nein bei _____

Krankheitsbilder

Allergien	COPD Stufe _____	multiple Sklerose
Dekubitus	Rheuma	chronische Durchfälle
Alzheimer	Blutverdünnung	Diabetes insulinpflichtig
Asthma	Herzinfarkt	Parkinson seit _____
Osteoporose	Herzinsuffizienz	Stoma (Anus praeter)
Tumor	Herzrhythmusstörung	Demenz (Anfangsstadium)
Depressionen	Hypertonie	Demenz (Fortgeschritten)
Schlaganfall	Inkontinenz	Weglauftendenz
Gehschwäche	Arthrose	Neurodermitis

Hinweise: _____

Wer stellt die Medikamente

Apotheke	Pflegedienst	Familie	Selbst
----------	--------------	---------	--------

Grundsätzliche 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
Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?	ja	nein
Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?	ja	nein

Falls „ja“, welche? _____

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten?	ja	nein
---	----	------

Falls „ja“, welche? _____

Ist der Patient momentan in einer Klinik/Reha?	ja	nein
--	----	------

Falls „ja“, sind die Angaben ärztlich abgesichert?	ja	nein
--	----	------

Hinweise _____

Kommunikation	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hören			
Sehen			
Sprechen			
Hinweise			

Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	Sonstige
Hinweise			

Orientierung	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Zeitlich			
Örtlich			
Persönlich			
Hinweise			

Mobilität - Gehen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hinweise			

Mobilität - Stehen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hinweise			

Hilfsmittel	Pflegebett	Nachtstuhl	Dekubitus-Matratze
	Gehstock	Rollator	Rollstuhl
	Patientenlift	Badewannenlift	ebenerdige Dusche
	Treppenlift	Sonstige	
Hinweise			

Transfer	nicht nötig Patient benötigt Unterstützung Patient hilft aktiv mit Patient hilft <u>wenig</u> mit	Patient hilft <u>nicht</u> mit muss gehoben werden Transfer nur mit Patientenlift
Hinweise _____		

Hygiene	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen / Baden			
Hautpflege			
Mundpflege			
Zahnprothese			
Haarpflege			
Intimpflege			
Rasieren			
Patient wird im Bett gewaschen	Ja	Nein	
Hand-Fußpflege	Familie	Fußpflege kommt ins Haus	
Hinweise _____			

Ausscheiden	Ja	gelegentlich	Nein
Urininkontinenz			
Stuhlinkontinenz			
Hilfsmittel	Ja	Nein	
Blasenkatheter			
Suprapubischer Katheter			
Urinflasche			
Windeln/Panty			
Vorlagen			
Inkontinenzrezept liegt vor			
Hinweise _____			

Hilfsmittel zum Verbrauch (40,00 Euro nach §40 SGB XI)

vorhanden

Box bestellen

werden selbst besorgt

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Hinweise: _____

Kleidung

uneingeschränkt

teilweise eingeschränkt

eingeschränkt

Ankleiden

Auskleiden

Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden

ja

nein

Kleidung muss auf Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden

ja

nein

Hinweise:

Essen-Trinken

uneingeschränkt

teilweise eingeschränkt

eingeschränkt

Selbstständiges Essen

Selbstständiges Trinken

Kauen – Schlucken

PEG Sonde

ja

nein

Nahrung kleinschneiden

ja

nein

Nahrung dareichen

ja

nein

Ernährungszustand	Kostform	Trinkmenge
Normal	Normal	Normal
Unterernährt	Vollwert	Wenig
Adipös	Vegetarisch	Viel
Entwässert	Diabeteskost	zum Trinken animieren

Essen, gerne: _____

Essen, **nicht** gerne: _____

Trinken, gerne: _____

Ruhen – Schlafen

uneingeschränkt

teilweise eingeschränkt

eingeschränkt

Einschlafen

Durchschlafen

Medikamente

Zu Bett gehen: ca.

Uhr

Aufstehen: ca.

Uhr

Mittagsschlaf: ca.

Std.

Nächtliche Einsätze (Toilettengang)

Allein (Hilfe nicht notwendig)

Gelegentlich (1 x pro Nacht)

Nie bzw. selten (max. 3x pro Woche)

Häufig (mehrmals pro Nacht)

Hinweise

Therapien - Beschäftigung

Ergotherapie		pro Woche	
Musiktherapie		pro Woche	
Beschäftigungstherapie		pro Woche	
Logopädie		pro Woche	
Krankengymnastik		pro Woche	
Tagespflege		pro Woche	
Ehrenamtliche Helfer		pro Woche	
Familienmitglieder		pro Woche	

Entlastung und Unterstützung der Betreuungskraft vor Ort bei ihrer Arbeit

Jeder Mensch benötigt Zeiten, in denen er sich ausruhen und auch mal „abschalten“ kann. Das „Krafttanken“ ist gerade in der Pflege und Betreuung ein wichtiger Faktor. Denn nur wer seine Kräfte regelmäßig regenerieren kann, der kann auch gut pflegen und betreuen.

An

Tagen in der Woche ist ein Familienmitglied für mindestens 1 Stunde vor Ort

Nutzung der Entlastungsleistungen (125 € z.B. Ambulanter Pflegedienst, Seniorenbetreuer)

Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an

Tagen in der Woche

Sonstiges:

Hobbies – Interessen

- Musik
Spiele
- Fernsehen
Malen
- Natur/Garten
Lesen
- Spaziergehen
Kreuzworträtsel

Weitere _____

Wesenszüge

- lieb
fordernd
- umgänglich
bestimmend
- bescheiden
störrisch
- geduldig
ungeduldig
- zurückhaltend
ängstlich

Weitere _____

Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:

schnellstmöglich

zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:

unbefristet

bis zum _____

Gewünschtes Alter:
(keine Garantie)

25 - 35 Jahre

36 - 45 Jahre

> 46 Jahre

Geschlecht

Frau

Mann

Egal

Sprachkenntnisse

einfache

mittlere

gute

sehr gute

Führerschein

nein

ja

Schaltung

Automatik

Raucher (keine Garantie)

nein

ja (nur draußen)

unwichtig

Was ist Ihnen bei der Betreuung am Wichtigsten?

Einführung in die Gemeinde (Wichtig)
(Wege für Spaziergänge, Fahrt zum Hausarzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten usw.)

Von: _____

Aufgaben der Betreuungskraft

Einkaufen gehen	Arztbesuche organisieren	Freizeitgestaltung
Kochen	Grundpflege	Auto fahren
Wäsche waschen	spazieren gehen	
Bügeln	gemeinsame Ausflüge	
Reinigung des Wohnbereichs	Pflege der Zimmerpflanzen	_____

Gibt es Haustiere? ja nein wenn ja, welche _____

Wer soll die Haustiere versorgen? Betreuungskraft Familie

Ort und Wohnsituation

Einfamilienhaus	Zweifamilienhaus	Garten
Wohnung	Zimmer _____	Balkon
Barriere arm	Fahrstuhl	Etage _____

Die Ausstattung der Häuslichkeit ist:
einfach normal gehoben

Der Patient / Patientin wohnen in:
Dorf Kleinstadt Stadt große Stadt _____ Ew.
_____ Ew. _____ Ew. _____ Ew.

Die Wohnlage ist:
sehr ruhig ruhig belebt sehr belebt
Außenorts Vorortlage Zentrumsnah Zentrum

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min. Familie hilft/erledigt

Der Wochenendeinkauf ist fußläufig zu erreichen in:

ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min. Familie hilft/erledigt

Bus/Bahn Situation

sehr gut gut nicht gut

Die nächste Haltestelle für Bus, U-S-Bahn usw. (zu Fuß)

ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min.

Das Zimmer der Betreuungskraft hat folgende Ausstattung:

Bett	Schlafcouch	Internet (WLAN)	eigener Wohnbereich
Tisch	Radio	Computer	eigenes Bad
Schrank	TV	Balkon	eigenes WC
			gemeinsames Bad

Bemerkungen: _____

Zur Freizeitgestaltung der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

PKW Fahrrad Balkon Garten

Hinweise _____

Information der betroffenen Personen (Interessenten/(Angehörigen/Bevollmächtigte gerichtlich bestellter Vertreter) bei Direkterhebung (Art. 13 DS-GVO)

Verantwortlicher:

MK PflegeAgentur GmbH, Grünwalder Weg 32, 82041 Oberhaching (Deutschland)
Tel.: 089 - 37038860, E-Mail: info@mk-pflegeagentur.de

Gesetzlicher Vertreter:

Monika Kraus-Petereit - Dietmar Petereit
- Geschäftsführer -

Datenschutzbeauftragter: Dietmar Petereit

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit: Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Datenerfassung zur Vermittlung der geeigneten Pflegeform

Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die Verarbeitung ist für die Erfüllung eines Vertrags oder einer vorvertraglichen Maßnahme gem. Art. 6 Abs. 1 Lit. b DS-GVO erforderlich.

Eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 Lit. a DS-GVO liegt vor. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DS-GVO werden erfüllt.

Kategorien von Empfängern:

Sonstige Empfänger (Personalagenturen für Pflege- und Betreuungskräfte, Pflegedienste- und Heime.)

Datentransfer in ein Drittland:

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.

Zusätzliche Informationspflichten: Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

10 Jahre (AO) (Löschung nach 10 Jahren. Aufbewahrungsfrist gem. § 147 AO für steuerlich relevante Unterlagen.) Vertragsbetreuungsfrist (Kontakt- und Gesundheitsdaten werden während der Vertragsdauer gespeichert, um jederzeit eine Neuvermittlung zu ermöglichen.)

Rechte der betroffenen Person:

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DSGVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten.

Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Sie sind nicht zur Bereitstellung der Daten verpflichtet.

Automatisierte Entscheidungsfindung:

Es erfolgt keine automatisierte Entscheidungsfindung bzw. Profiling.

Einverständnis zu eigenen Marketingzwecken

Ja, ich möchte regelmäßig interessante Angebote per Post und E-Mail über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von meiner Seite gegenüber der MK PflegeAgentur GmbH angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner weitergegeben werden, habe ich mit der Unterbereitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen.

Ich bin damit einverstanden

Ich bin nicht damit einverstanden

Kunde bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Vertragsschluss nicht von der Erteilung dieser Einwilligung abhängt. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der MK PflegeAgentur GmbH formlos widerrufen kann.

Anwesend bei der Erstellung des Betreuungsfragebogens

Kunde (Patient)

Kontaktperson/Angehörige

Pflegedienst

Fragebogen wurde vorab telefonisch erstellt und zur Unterschrift an den Kunden/
Bevollmächtigten zur Gegenzeichnung zugesandt

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten ausschließlich zum Zwecke der Vermittlung einer Betreuungskraft einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich an die MK PflegeAgentur GmbH, Grünwalder Weg 32, 82041 Oberhaching zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht. Die Informationen entsprechend Art. 13 DS-GVO habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehöriger)

Unterschrift (MK PflegeAgentur GmbH)
