

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 Tagespflegereinrichtung 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.)

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.

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

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Einwilligung in die Verarbeitung und Weitergabe von Gesundheitsdaten

Ich willige ausdrücklich ein, dass die MK PflegeAgentur GmbH die von mir im Rahmen dieses Betreuungsbogens gemachten Angaben – insbesondere die sensiblen Angaben zum Gesundheitszustand, zu Krankheitsbildern, zum Pflegegrad und zu medizinischen Bedürfnissen der zu betreuenden Person – zum Zweck der Beratung, Bedarfsanalyse und zur Vermittlung einer passenden Pflege- und Betreuungsleistung erhebt, speichert und verarbeitet (Rechtsgrundlage: Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO).

Ich willige ferner darin ein, dass diese Daten (inklusive der Gesundheitsdaten) an die für die konkrete Leistungserbringung infrage kommenden Partnerunternehmen (kooperierende Pflege- und Betreuungsdienste) und deren Mitarbeiter übermittelt werden dürfen, soweit dies für die Organisation, Angebotserstellung und Durchführung der Betreuung zwingend erforderlich ist.

Freiwilligkeit und Widerrufsrecht

Diese Einwilligung ist vollkommen freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen widerrufen (z. B. per E-Mail an post@mk-pflegeagentur.de). Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle eines Widerrufs können die Daten nicht weiter verarbeitet werden, was dazu führen kann, dass eine Vermittlung oder Durchführung der Betreuungsleistung nicht mehr möglich ist.

Die ausführlichen Datenschutzhinweise nach Art. 13 DSGVO habe ich in der Datenschutzerklärung (einzusehen unter www.mk-pflegeagentur.de/datenschutz) zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde, gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift (MK PflegeAgentur GmbH)
