

Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

Bitte beachten Sie, dass Sie uns mit diesem Fragebogen zahlreiche sensible personenbezogene Daten übermitteln. Bei einem Großteil der Daten handelt es sich um Gesundheitsdaten, die wir gem. Art. 9 DSGVO nur erheben dürfen, sofern die betroffene Person in diese Verarbeitung eingewilligt hat.

Bevor Sie den nachfolgenden Fragebogen ausfüllen, lesen Sie sich bitte die nachfolgende Erklärung und die vollständigen Informationen zum Datenschutz, die Sie am Ende des Fragebogens finden, sorgfältig durch.

Bei Fragen können Sie uns oder unseren Datenschutzbeauftragten jederzeit kontaktieren.

Einwilligungserklärung der Verarbeitung von Gesundheitsdaten

☐ Ich willige in die Verarbeitung der im nachfolgenden Fragebogen angegebenen Gesundheitsdaten ein, bzw. versichere, dass die betroffene Person in diese Verarbeitung eingewilligt hat, sofern es sich nicht um Daten zu meiner Person handelt.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die vollständigen Informationen zum Datenschutz am Ende des Dokuments habe ich zur Kenntnis genommen und werde auch die betroffene Person entsprechend informieren.

Die Einwilligung ist freiwillig. Bitte beachten Sie jedoch, dass wir aufgrund der gesetzlichen Regelungen die Gesundheitsdaten ohne Einwilligung nicht verarbeiten dürfen und ohne diese Daten nicht in der Lage sein werden, eine passende Pflegekraft zu vermitteln.

Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

Stand:

(Datum des Ausfüllens bitte eintragen)

1. Die Pflegesituation

Wo findet die Pflege statt?

1. Straße + Nr.

PLZ

Ort

Beginn der Betreuung

☐

Flexible Anreise


☐

frühere Anreise
(1 - 10 Tage)

☐

spätere Anreise
(1 - 10 Tage)

Anzahl der Patienten → Bei 2 Patienten füllen Sie bitte zusätzlich den angehängten Bogen "Angaben zweiter Patient" aus!

☐

1 Patient

☐

2 Patienten

Leben weitere Personen im Haushalt?

☐

nein

☐

ja

Wer sind diese Personen (z.B. Lebenspartner) → Bitte nur ausfüllen, wenn "ja" ausgewählt wurde.

Was muss zusätzlich geleistet werden? → Bitte nur ausfüllen, wenn "ja" ausgewählt wurde.

2. Kontaktdaten Anfragersteller / Ansprechpartner für Pflegehelden

Anrede

Titel

Vor- und Nachname

Straße + Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Beziehungsverhältnis zum Patienten

☐

Ehepartner

☐

Tochter/Sohn

☐

Enkel

☐

Bekannte

☐

gesetzl. Betreuer

☐

Sonstige



Beschreiben Sie das Beziehungsverhältnis:

3. Angaben erster Patient

1. PERSONENDATEN

Anrede	Titel	Vorname(n)	Nachname
☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers		Gewicht in kg	Größe in cm
Geburtsdatum			Alter

2. PFLEGEGRAD

☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 Höhereinstufung beantragt ☐ ja ☐ nein

3. DEMENZ → Sollte keine Demenz vorliegen können Sie zum Punkt "4. Krankheitsmerkmale" vorspringen.

☐ Der Patient leidet an beginnender Demenz. ☐ Der Patient leidet an fortgeschrittener Demenz.

Wie macht sich die Demenz bemerkbar?

	ja	teilweise beeinträchtigt	nein
Erkennt der Patient Personen aus seinem Umfeld?	☐	☐	☐
Kann der Patient seine Wünsche äußern?	☐	☐	☐
Kann der Patient eigene Entscheidungen treffen?	☐	☐	☐
Kann der Patient sich zeitlich orientieren?	☐	☐	☐
Kann der Patient sich räumlich orientieren?	☐	☐	☐
Kann der Patient sich an kürzlich Vergangenes erinnern?	☐	☐	☐
Erkennt der Patient mögliche Gefahren oder Risiken?	☐	☐	☐
Kann der Patient sich an Gesprächen beteiligen?	☐	☐	☐

Unter welchen Symptomen leidet der Patient?

- ☐ Antriebsmangel/Depression
- ☐ Reizbarkeit
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Unruhe
- ☐ Nesteln
- ☐ Psychotische Störung
- ☐ Schreien
- ☐ Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus

Weitere Anmerkungen

4. KRANKHEITSMERKMALE

- ☐ Aktuelle Probleme nach Sturz: ☐ Aktuelle Probleme nach Unfall: ☐ Aufgrund des Sturzes/Unfalls werden folgende Hilfsmittel benötigt:

COVID-19 Prophylaxe:

- ☐ vollständig geimpft ☐ nicht vollständig geimpft

3. Angaben erster Patient

4. KRANKHEITSMERKMALE

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Alzheimer | ☐ Herz-Kreislaufkrankung | ☐ MS-Patient | ☐ Polyneuropathie | ☐ Schmerzpatient |
| ☐ Arthrose | ☐ Katheter | ☐ Osteoporose | ☐ Reuma | ☐ Stoma |
| ☐ Geistig behindert | ☐ Makuladegeneration | ☐ Parkinson | ☐ Schlaganfall | ☐ Sonde |

☐ Diabetes → Typ 1 Typ 2 Medikation: → Spritzen (nur durch Pflegedienst) Tabletten Blutzucker ist eingestellt (Keine Unterstützung nötig)

1. An welchen Tagen benötigt der Patient die Dialyse?

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

2. Wie lange dauert eine Dialysensitzung?

1 - 3 Std.

4 - 5 Std.

3. Muss der Patient zur Dialyse begleitet werden? ja nein

→ Wenn „nein“: Steht der Pflegekraft in dieser Zeit eine Pause zu? ja nein

4. Ist der Transfer geregelt? ja nein

5. Soll die Pflegekraft den/die Patienten/Patientin fahren? ja nein

☐ Inkontinenz →

☐ Krebs → Um welche Krebsart handelt es sich? Wie ist die Medikation? In welchem Stadium befindet sich der Krebs?

Medikamente am Anfang fortgeschritten palliativ

Chemotherapie

Bitte tragen Sie hier Informationen zu weiteren Krankheitsmerkmalen ein:

5. MOBILITÄT UND HILFSMITTEL

Wie mobil ist der Patient?



uneingeschränkt mobil



rollatorfähig



rollstuhlfähig



leicht gehbehindert



rollstuhlfähig, mit eigener Kraftunterstützung



bettlägerig

	selbstständig	überwiegen selbstständig	unselbstständig
Treppensteigen → ☐ keine Treppen im Haushalt	☐	☐	☐
Aufstehen und Zubettgehen	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐
Stehen/Transfer	☐	☐	☐



3. Angaben erster Patient

5. MOBILITÄT UND HILFSMITTEL

Vorhandene Hilfsmittel/Unterstützung

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|
| ☐ Rollator | ☐ Treppenlift | ☐ Pflegebett | ☐ Toilettenstuhlerhöhung | ☐ Hausnotruf |
| ☐ Gehstock | ☐ Hebelift | ☐ Duschstuhl | ☐ Transferbrett/Umsetzhilfe | |
| ☐ Rollstuhl | ☐ verstellbarer Lattenrost | ☐ Toilettenstuhl | ☐ Badewannenlifter | |

Barrierefreiheit/Barrierefreier Zugang

- ☐ Zugang zu Haus (z.B. Rampe) ☐ Haus ist ebenerdig ☐ Bad (inkl. Dusche/Badewanne) ☐ Küche (Türen häufig kleiner)

Wie gelangt der Patient vom Schlaf- ins Wohnzimmer?

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| ☐ selbstständig | → | ☐ mit Hilfsmitteln
(z.B. Rollator) | ☐ benötigt Unterstützung einer weiteren Person | ☐ mit eigener Kraftunterstützung
(z. B. Rollstuhl) |
| ☐ unselbstständig | → | ☐ mit Hilfsmitteln
(z.B. Rollator) | ☐ benötigt Unterstützung einer weiteren Person | ☐ mit eigener Kraftunterstützung
(z. B. Rollstuhl) |

6. NACHTRUHE → ca. von bis Nach 22:00 Uhr = Nachteinsatz

- Einsätze pro Nacht:** ☐ keine ☐ 1 x (5,00 € Aufschlag) ☐ 2 x (10,00 € Aufschlag) ☐ 3 x (10,00 € Aufschlag)

Ab drei Nachteinsätzen oder mehr ist eine zweite Pflegekraft erforderlich! Bitte wenden Sie sich an Ihren Kundenberater

- ☐
- Babyphone vorhanden

Was ist zu verrichten?

- ☐ Toilettengänge/Inkontinenzversorgung ☐ Medikamentengabe ☐ beruhigen
☐ Lagern/Positionswechsel ☐ Trinkversorgung ☐ Sonstiges

Wenn „Sonstiges“ ausgewählt bitte sonstige Aktivitäten benennen:

7. AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN/EINRICHTUNGEN

- ☐ **Pflegedienst beauftragt** → Welcher Pflegedienst?

→ An welchen Tagen kommt der Pflegedienst?

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
--------	----------	----------	------------	---------	---------	---------

→ Zu welcher Tageszeit kommt der Pflegedienst?

morgens mittags abends

→ Was übernimmt der Pflegedienst auch zukünftig?

morgens mittags abends

Körperpflege	Zubereitung der Mahlzeiten
--------------	----------------------------

Medikamentengabe	Aufstehen und Zubettgehen
------------------	---------------------------

Transferleistungen	An- und Auskleiden
--------------------	--------------------

Wundversorgung	Gehen
----------------	-------

3. Angaben erster Patient

7. AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN/EINRICHTUNGEN

☐ **Patient in der Tagespflege** → Wann und wie oft geht der Patient in die Tagespflege?

Montag	→	von - bis	Freitag	→	von - bis
Dienstag	→	von - bis	Samstag	→	von - bis
Mittwoch	→	von - bis	Sonntag	→	von - bis
Donnerstag	→	von - bis			

☐ **Nachbarn unterstützen** → Wie unterstützt der Nachbar?

☐ **Stundenweise Betreuung** → Wann wird die Betreuung geleistet?

Montag	→	von - bis	Freitag	→	von - bis
Dienstag	→	von - bis	Samstag	→	von - bis
Mittwoch	→	von - bis	Sonntag	→	von - bis
Donnerstag	→	von - bis			

☐ **Therapien** → Wann und wo nimmt der Patient an Therapien teil?

Physiotherapie

Wann? Wo?

Ergotherapie

Wann? Wo?

Logopädie

Wann? Wo?

Beschäftigungstherapie

Wann? Wo?

→ Bei allen Therapien auswärts:

Der Patient muss begleitet werden. → Die Pflegekraft muss den Patienten fahren.

Der Patient muss nicht begleitet werden. → Der Pflegekraft steht in dieser Zeit eine Pause zu.

3. Angaben erster Patient

8. KOMMUNIKATION, WAHRNEHMUNG

	keine Einschränkungen	leicht eingeschränkt	stark eingeschränkt	nicht möglich
Der Patient kann hören	☐	☐	☐	☐
Der Patient kann sprechen	☐	☐	☐	☐
Der Patient kann sehen	☐	☐	☐	☐

9. TÄTIGKEITEN AM PATIENTEN

Gewünschte Tätigkeiten am Patienten durch die Pflegekraft

	morgens	mittags	abends	nachts	nie
An- und Auskleiden	☐	☐	☐	☐	☐
Duschen	☐	☐	☐	☐	☐
Intimpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Kochen	☐	☐	☐	☐	☐
Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilisierung (Transferhilfe)	☐	☐	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	☐	☐
Stehen, Gehen, Betten	☐	☐	☐	☐	☐
Toilettengang	☐	☐	☐	☐	☐
Wechseln von Inkontinenzmaterial	☐	☐	☐	☐	☐

10. NAHRUNGS-AUFNAHME

☐ Probleme beim Essen

Beschreiben Sie die Probleme beim Essen:

☐ **PEG-Sonde** → Welche Kost kann verabreicht werden? ☐ breiige Kost ☐ feste Kost ☐ Füttern notwendig

☐ **Gibt es Diätvorschriften** → Beschreiben Sie die Diätvorschriften

☐ **Medizinische/religiöse Ernährungsvorschriften/-wünsche** → Beschreiben Sie die Vorschriften/Wünsche

☐ **Bevorzugte Speisen und Lebensmittel** → Beschreiben Sie die Speisen/Lebensmittel

☐ **Ungeliebte Speisen und Lebensmittel** → Beschreiben Sie die Speisen/Lebensmittel

☐ **Bestehende Allergien** → Beschreiben Sie Allergien

3. Angaben erster Patient

11. WEITERE ANGABEN ZUM PATIENTEN UND ZU SEINEN GEWOHNHEITEN

	Aufstehen	Frühstück	Mittagessen	Mittagsruhe	Abendessen
Uhrzeit, von/bis					

Interessen der zu betreuenden Person

4. Unterbringung der Pflegekraft und Ausstattung

Ausstattung:	☐ eigenes Bad	☐ eigenes WC	☐ eigener Fernseher
Internet-Anschluss:	☐ vorhanden	☐ nicht vorhanden	☐ wird eingerichtet
Telefonanschluss mit Auslandsflatrate:	☐ vorhanden	☐ nicht vorhanden	☐ wird eingerichtet
Steht ein Fahrrad zur Verfügung?	☐ ja	☐ nein	
Wurde ein Hausbesuch durchgeführt?	☐ ja	☐ nein	
Ist eine Übergabe erwünscht?	☐ ja	☐ nein	
Ist für eine Übergabe ohne Betreuungsunterbrechung ein weiterer Schlafplatz garantiert?	☐ ja	☐ nein	

5. Wohn- und Haushaltssituation des Patienten

☐ **Die Familie wohnt in der Nähe** → ☐ im gleichen Haus, getrennter Haushalt ☐ im gleichen Haus, gleicher Haushalt ☐ in der Nachbarschaft ☐ maximal eine Stunde entfernt

Wie oft wird der Patient besucht? ☐ mehr als 1x die Woche ☐ 1x die Woche ☐ 1-2 mal im Monat ☐ weniger als 1x im Monat

Wohnverhältnisse ☐ Einfamilienhaus ☐ Wohnung ☐ Aufzug vorhanden ☐ Welches Stockwerk?

Wohngegend → Google Maps Link

☐ städtisch ☐ ländlich ☐ Einwohnerzahl ca.: **Wird im Patienten-Haushalt geraucht?** ☐ ja ☐ nein

Haustiere ☐ Katze/n ☐ Hund/e → Welche Rasse?
☐ Andere Haustiere → Welche?

6. Gewünschte Haushaltstätigkeiten durch die Pflegekraft

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| ☐ Arztbesuche | ☐ Behördengänge | ☐ Freizeitgestaltung (Spiele, Vorlesen, Spaziergehen) | ☐ Speiseplanung |
| ☐ Aufräumen | ☐ Blumen gießen | ☐ Kochen | ☐ Wäsche waschen |
| ☐ Ausflüge | ☐ Bügeln | ☐ Sauber machen | ☐ Versorgung der Haustiere |

Weitere Haushaltstätigkeiten:

Vorhandene Haushaltsgeräte

- ☐ Geschirrspüler
 ☐ Waschmaschine
 ☐ Bügelbrett/Bügeleisen

Wer übernimmt das Einkaufen?

- ☐ Pflegedienst (Einkaufsservice)
☐ Pflegekraft + Patient
☐ Einkäufe werden online bestellt
☐ Familie oder Bekannte → Name
☐ Pflegekraft → Höhe des Wochenbudgets in Euro?

Für die alltägliche Versorgung des Haushalts ist die Familie verantwortlich, insbesondere im Hinblick auf die angemessene Bereitstellung von Haushaltsgeld. Erfahrungsgemäß liegt der empfohlene Betrag zwischen **100-150 Euro pro Woche** und Haushalt.

→ Wie wird die Finanzierung der Einkäufe geregelt?

Wie sind die Einkaufsmöglichkeiten erreichbar?

- ☐ zu Fuß max. 10 min.!
☐ per Fahrrad max. 10 min.!
☐ Öffentliche Verkehrsmittel Kosten übernimmt Kunde!
☐ nur mit dem Auto

7. Entlastung der Pflegekraft

PAUSENREGELUNG → **Standard: 2 Stunden durchgehend am Tag (z.B. Mittagsruhe)!**

Zusatzvereinbarung (erforderlich)

- ☐ zwei freie Vormittage oder Nachmittage in der Woche
☐ ein freier Tag in der Woche
☐ Sonstige Vereinbarung (beschreiben Sie die Vereinbarung)

Betreuung in den Pausen

- ☐ Betreuung des Patienten während der Pausen notwendig

Wie ist die Betreuung während der Pause geregelt?

8. Personalanforderung

1. PERSONALANFORDERUNGEN

Geschlecht der Pflegekraft

☐ männlich ☐ weiblich ☐ unwichtig ★

Deutschkenntnisse

☐ Grundkenntnisse ☐ Mittelstufe ★ ☐ fortgeschritten ☐ fließend

→ gewünschtes/alternatives Sprachlevel, sollte eine Pflegekraft mit den von Ihnen gewünschten Deutschkenntnissen nicht verfügbar sein:

☐ Grundkenntnisse ★ ☐ Mittelstufe ☐ fortgeschritten

☐ Führerschein notwendig?



Automatik

Schaltung

Automarke/Modell

Wohin muss man mit dem Auto fahren und wie oft?

Betreuungserfahrung

☐ Grundlagen ☐ Mittelstufe ★ ☐ fortgeschritten ☐ Experte/Fachkraft

Raucher

☐ unwichtig ★ ☐ ja, aber nur draußen rauchen ☐ ja, Rauchen ist erlaubt ☐ nein, unbedingt Nichtraucher



Wenn „nein, unbedingt Nichtraucher“ gewählt, hier bitte Begründung eintragen:

2. WELCHEN ANTEIL MACHEN PFLEGE, HAUSHALT & BETREUUNG AUS?

100/100% – In Summe müssen die drei Bereiche 100% ergeben.

Pflege

Duschen, Zähneputzen,
Haare waschen

← selten → häufig →
☐ 10 % ☐ 20 % ☐ 30 % ☐ 40 % ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 70 % ☐ 80 % ☐ 90 % ☐ 100 %

Haushalt

Essen kochen, Wäsche
waschen, Reinigung der
Wohnung

☐ 10 % ☐ 20 % ☐ 30 % ☐ 40 % ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 70 % ☐ 80 % ☐ 90 % ☐ 100 %

Betreuung/Soziales

Vorlesen, Spiele spielen,
Spazieren gehen

← selten → häufig →
☐ 10 % ☐ 20 % ☐ 30 % ☐ 40 % ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 70 % ☐ 80 % ☐ 90 % ☐ 100 %

9. Angaben zweiter Patient

1. PERSONENDATEN

Anrede	Titel	Vorname(n)	Nachname
☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers		Gewicht in kg	Größe in cm
Geburtsdatum			Alter

2. PFLEGEGRAD

☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 Höhereinstufung beantragt ☐ ja ☐ nein

3. DEMENZ → Sollte keine Demenz vorliegen können Sie zum Punkt "4. Krankheitsmerkmale" vorspringen.

☐ Der Patient leidet an beginnender Demenz. ☐ Der Patient leidet an fortgeschrittener Demenz.

Wie macht sich die Demenz bemerkbar?

	ja	teilweise beeinträchtigt	nein
Erkennt der Patient Personen aus seinem Umfeld?	☐	☐	☐
Kann der Patient seine Wünsche äußern?	☐	☐	☐
Kann der Patient eigene Entscheidungen treffen?	☐	☐	☐
Kann der Patient sich zeitlich orientieren?	☐	☐	☐
Kann der Patient sich räumlich orientieren?	☐	☐	☐
Kann der Patient sich an kürzlich Vergangenes erinnern?	☐	☐	☐
Erkennt der Patient mögliche Gefahren oder Risiken?	☐	☐	☐
Kann der Patient sich an Gesprächen beteiligen?	☐	☐	☐

Unter welchen Symptomen leidet der Patient?

- ☐ Antriebsmangel/Depression
- ☐ Reizbarkeit
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Unruhe
- ☐ Nesteln
- ☐ Psychotische Störung
- ☐ Schreien
- ☐ Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus

Weitere Anmerkungen

4. KRANKHEITSMERKMALE

- ☐ Aktuelle Probleme nach Sturz: ☐ Aktuelle Probleme nach Unfall: ☐ Aufgrund des Sturzes/Unfalls werden folgende Hilfsmittel benötigt:

COVID-19 Prophylaxe:

- ☐ vollständig geimpft ☐ nicht vollständig geimpft

9. Angaben zweiter Patient

4. KRANKHEITSMERKMALE

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Alzheimer | ☐ Herz-Kreislaufkrankung | ☐ MS-Patient | ☐ Polyneuropathie | ☐ Schmerzpatient |
| ☐ Arthrose | ☐ Katheter | ☐ Osteoporose | ☐ Reuma | ☐ Stoma |
| ☐ Geistig behindert | ☐ Makuladegeneration | ☐ Parkinson | ☐ Schlaganfall | ☐ Sonde |

☐ Diabetes → Typ 1 Typ 2 Medikation: → Spritzen (nur durch Pflegedienst) Tabletten Blutzucker ist eingestellt (Keine Unterstützung nötig)

1. An welchen Tagen benötigt der Patient die Dialyse?

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

2. Wie lange dauert eine Dialysensitzung?

1 - 3 Std.

4 - 5 Std.

3. Muss der Patient zur Dialyse begleitet werden? ja nein

→ Wenn „nein“: Steht der Pflegekraft in dieser Zeit eine Pause zu? ja nein

4. Ist der Transfer geregelt? ja nein

5. Soll die Pflegekraft den/die Patienten/Patientin fahren? ja nein

☐ Inkontinenz →

☐ Krebs → Um welche Krebsart handelt es sich? Wie ist die Medikation? In welchem Stadium befindet sich der Krebs?
Medikamente am Anfang fortgeschritten palliativ
Chemotherapie

Bitte tragen Sie hier Informationen zu weiteren Krankheitsmerkmalen ein:

5. MOBILITÄT UND HILFSMITTEL

Wie mobil ist der Patient?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ uneingeschränkt mobil | ☐ rollatorfähig | ☐ rollstuhlfähig |
| ☐ leicht gehbehindert | ☐ rollstuhlfähig, mit eigener Kraftunterstützung | ☐ bettlägerig |

	selbstständig	überwiegen selbstständig	unselbstständig
Treppensteigen → ☐ keine Treppen im Haushalt	☐	☐	☐
Aufstehen und Zubettgehen	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐
Stehen/Transfer	☐	☐	☐

5. MOBILITÄT UND HILFSMITTEL

☐ Rollator	☐ Treppenlift	☐ Pflegebett	☐ Toilettenstuhlerhöhung	☐ Hausnotruf
☐ Gehstock	☐ Hebelift	☐ Duschstuhl	☐ Transferbrett/Umsetzhilfe	
☐ Rollstuhl	☐ verstellbarer Lattenrost	☐ Toilettenstuhl	☐ Badewannenlifter	

☐ Zugang zu Haus (z.B. Rampe) ☐ Haus ist ebenerdig ☐ Bad (inkl. Dusche/Badewanne) ☐ Küche (Türen häufig kleiner)

☐ selbstständig	→	☐ mit Hilfsmitteln (z.B. Rollator)	☐ benötigt Unterstützung einer weiteren Person	☐ mit eigener Kraftunterstützung (z. B. Rollstuhl)
☐ unselbstständig	→	☐ mit Hilfsmitteln (z.B. Rollator)	☐ benötigt Unterstützung einer weiteren Person	☐ mit eigener Kraftunterstützung (z. B. Rollstuhl)

Ab drei Nachteinsätzen oder mehr ist eine zweite Pflegekraft erforderlich! Bitte wenden Sie sich an Ihren Kundenberater

Was ist zu verrichten?

☐ Toilettengänge/Inkontinenzversorgung	☐ Medikamentengabe	☐ beruhigen
☐ Lagern/Positionswechsel	☐ Trinkversorgung	☐ Sonstiges

Wenn „Sonstiges“ ausgewählt bitte sonstige Aktivitäten benennen:

☐ **Pflegedienst beauftragt** → Welcher Pflegedienst?

→ An welchen Tagen kommt der Pflegedienst?

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
--------	----------	----------	------------	---------	---------	---------

→ Zu welcher Tageszeit kommt der Pflegedienst?

morgens mittags abends

→ Was übernimmt der Pflegedienst auch zukünftig?

morgens mittags abends

Körperpflege	Zubereitung der Mahlzeiten
--------------	----------------------------

Medikamentengabe	Aufstehen und Zubettgehen
------------------	---------------------------

Transferleistungen	An- und Auskleiden
--------------------	--------------------

Wundversorgung	Gehen
----------------	-------

9. Angaben zweiter Patient

7. AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN/EINRICHTUNGEN

☐ **Patient in der Tagespflege** → Wann und wie oft geht der Patient in die Tagespflege?

Montag	→	von - bis	Freitag	→	von - bis
Dienstag	→	von - bis	Samstag	→	von - bis
Mittwoch	→	von - bis	Sonntag	→	von - bis
Donnerstag	→	von - bis			

☐ **Nachbarn unterstützen** → Wie unterstützt der Nachbar?

☐ **Stundenweise Betreuung** → Wann wird die Betreuung geleistet?

Montag	→	von - bis	Freitag	→	von - bis
Dienstag	→	von - bis	Samstag	→	von - bis
Mittwoch	→	von - bis	Sonntag	→	von - bis
Donnerstag	→	von - bis			

☐ **Therapien** → Wann und wo nimmt der Patient an Therapien teil?

Physiotherapie

Wann? Wo?

Ergotherapie

Wann? Wo?

Logopädie

Wann? Wo?

Beschäftigungstherapie

Wann? Wo?

→ Bei allen Therapien auswärts:

Der Patient muss begleitet werden. → Die Pflegekraft muss den Patienten fahren.

Der Patient muss nicht begleitet werden. → Der Pflegekraft steht in dieser Zeit eine Pause zu.

9. Angaben zweiter Patient

8. KOMMUNIKATION, WAHRNEHMUNG

	keine Einschränkungen	leicht eingeschränkt	stark eingeschränkt	nicht möglich
Der Patient kann hören	☐	☐	☐	☐
Der Patient kann sprechen	☐	☐	☐	☐
Der Patient kann sehen	☐	☐	☐	☐

9. TÄTIGKEITEN AM PATIENTEN

Gewünschte Tätigkeiten am Patienten durch die Pflegekraft

	morgens	mittags	abends	nachts	nie
An- und Auskleiden	☐	☐	☐	☐	☐
Duschen	☐	☐	☐	☐	☐
Intimpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Kochen	☐	☐	☐	☐	☐
Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilisierung (Transferhilfe)	☐	☐	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	☐	☐
Stehen, Gehen, Betten	☐	☐	☐	☐	☐
Toilettengang	☐	☐	☐	☐	☐
Wechseln von Inkontinenzmaterial	☐	☐	☐	☐	☐

10. NAHRUNGSaufnahme

☐ Probleme beim Essen

Beschreiben Sie die Probleme beim Essen:

☐ **PEG-Sonde** → Welche Kost kann verabreicht werden? ☐ breiige Kost ☐ feste Kost ☐ Füttern notwendig

☐ **Gibt es Diätvorschriften** → Beschreiben Sie die Diätvorschriften

☐ **Medizinische/religiöse Ernährungsvorschriften/-wünsche** → Beschreiben Sie die Vorschriften/Wünsche

☐ **Bevorzugte Speisen und Lebensmittel** → Beschreiben Sie die Speisen/Lebensmittel

☐ **Ungeliebte Speisen und Lebensmittel** → Beschreiben Sie die Speisen/Lebensmittel

☐ **Bestehende Allergien** → Beschreiben Sie Allergien

9. Angaben zweiter Patient

11. WEITERE ANGABEN ZUM PATIENTEN UND ZU SEINEN GEWOHNHEITEN

	Aufstehen	Frühstück	Mittagessen	Mittagsruhe	Abendessen
Uhrzeit, von/bis					

Interessen der zu betreuenden Person

DSGVO

Pflegehelden ist eine Marke der Pflegehelden Franchise GmbH. Unter dieser Marke treten neben der Pflegehelden Franchise GmbH weitere Unternehmen (Franchisenehmer) auf. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt dabei in gemeinsamer Verantwortlichkeit („Joint Control-ership“) jeweils durch Ihren Vertragspartner (Franchisenehmer) und die Pflegehelden Franchise GmbH.

FÜR DIE VERARBEITUNG VERANTWORTLICH IST:

Ihr jeweiliger Vertragspartner gemeinsam gem. Art. 26 DSGVO mit der Pflegehelden Franchise GmbH, Emmy-Noether-Straße 17, 25524 Itzehoe, 04821 – 659 901 402, info@pflegehelden.de

Die Kontaktdaten Ihres jeweiligen Vertragspartners entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen der Homepage unter <https://pflegehelden.de/datenschutz-impressum>. Alternativ finden Sie diese auch in der E-Mail-Signatur oder den Printmaterialien des Franchisenehmers, von der Sie diesen Fragebogen erhalten haben.

Aufgrund der datenschutzrechtlichen gemeinsamen Verantwortlichkeit wurden zwischen der Pflegehelden Franchise GmbH und den einzelnen Franchisenehmern Vereinbarungen getroffen, welche die datenschutzrechtlichen Pflichten regeln. Im Wesentlichen ist dort geregelt, dass Ihnen grundsätzlich beide Parteien bezüglich Ihrer Fragen zum Datenschutz zur Verfügung stehen und Sie die jeweiligen Datenschutzbeauftragten – sofern benannt – kontaktieren können. Ihre Rechte aus dem Datenschutz (s. weiter unten) können Sie gegenüber jeder der an der Verarbeitung beteiligten Parteien geltend machen. Die Verantwortlichen werden sich diesbezüglich gegenseitig unterstützen und informieren. Kurz zusammengefasst: Wenn Sie einmal ein Datenschutz-Thema in Bezug auf die Pflegehelden haben, können Sie sich sowohl an Ihren Vertragspartner als auch an die Pflegehelden Franchise GmbH wenden, beide unterstützen Sie gern, gemeinsam und in gleichem Umfang.

DIE KONTAKTDATEN UNSERER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTEN

Den Datenschutzbeauftragten der Pflegehelden Franchise GmbH erreichen Sie unter Mauß Datenschutz GmbH, Neuer Wall 10, 20354 Hamburg, Tel: +49 40 999 99 52 – 0,

E-Mail: datenschutz@datenschutzbeauftragter-hamburg.de.

Bitte beziehen Sie sich bei allen Anfragen auf die Mandantin „Pflegehelden Franchise GmbH“.

Sofern der jeweilige Franchisepartner eine*n Datenschutzbeauftragten benannt hat, finden Sie die Kontaktdaten in den Datenschutzhinweisen der Homepage unter:

<https://pflegehelden.de/datenschutz-impressum>.

ZWECKE DER VERARBEITUNG, RECHTSGRUNDLAGE, SPEICHERDAUER, HERKUNFT SOWIE EMPFÄNGER DER DATEN

Wenn nachfolgend von „wir“ oder „uns“ die Rede ist, sind jeweils beide Verantwortliche, also Ihr Vertragspartner sowie die Pflegehelden Franchise GmbH gemeint.

Wir verarbeiten personenbezogene Daten zu Ihrer Person sowie zur zu betreuenden Person wie folgt:

ANBAHNUNG EINES VERMITTLUNGSVERTRAGS SOWIE ANGEBOTSERSTELLUNG

Wir benötigen grundlegende Informationen über die zu betreuende Person, um den Betreuungsbedarf und damit die entstehenden Kosten zu ermitteln. Die Verarbeitung der allgemeinen Stammdaten unserer Vertragspartner*innen erfolgt stets zur Anbahnung des Vertrags und damit auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Die Gesundheitsdaten, die wir für die Ermittlung des Betreuungsbedarfs von der zu betreuenden Person erfahren, verarbeiten wir grundsätzlich auf Basis einer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO. Wir speichern die im Rahmen der Angebotserstellung und Vertragsanbahnung erhaltenen Daten bis Sie uns mitteilen, ob Sie unser Angebot annehmen. Bei der Annahme des Angebots speichern wir die Daten bis zum Ende der Zusammenarbeit sowie im Anschluss bis zum Ende der regelmäßigen Verjährung gem. § 195 BGB. Nehmen Sie unser Angebot nicht an, löschen wir die Daten nach 6 Monaten. Sofern wir von Ihnen keine Rückmeldung erhalten, gehen wir nach 6 Monaten davon aus, dass Sie sich gegen eine Zusammenarbeit entschieden haben und löschen die Daten. Wir geben die im Rahmen der Angebotserstellung und Vertragsanbahnung erhaltenen Daten nicht an Dritte weiter.

ERSTMALIGE SUCHE EINER GEEIGNETEN PFLEGEKRAFT

Erst wenn Sie unser Angebot angenommen haben, suchen wir geeignete Pflegekräfte. In diesem Zusammenhang geben wir die notwendigen Informationen an die Ihnen zugewiesenen Partneragenturen weiter. Die Partneragenturen erhalten alle notwendigen Informationen zum Betreuungsbedarf. Wir sind dabei bemüht, in diesem ersten Schritt die Identität der zu betreuenden Person nicht offenzulegen. Daher verzichten wir so weit wie möglich darauf, die identifizierenden Daten weiterzugeben. Da wir die vollständig anonyme Weitergabe der Daten nicht garantieren können, erfolgt die Verarbeitung ausschließlich auf Basis der Einwilligung der zu betreuenden Person (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Eine Liste der Partneragenturen finden Sie [hier](#).

ANBAHNUNG EINES BETREUUNGSVERTRAGS MIT UNSERER PARTNERAGENTUR

Ist die Suche nach einer Pflegekraft erfolgreich und akzeptiert die zu betreuende Person unseren Vorschlag, erhält die Partneragentur, bei der die Pflegekraft beschäftigt ist, die notwendigen identifizierenden und sonstigen Personenbezogenen Daten der zu betreuenden Person und – sofern abweichend – der Person, die Vertragspartner*in wird. Der Betreuungsvertrag wird zwischen Ihnen und der Partneragentur direkt geschlossen. Die Übermittlung der vollständigen personenbezogenen Daten erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, zur Anbahnung des Betreuungsvertrags. Da wir im Rahmen des Vermittlungsvertrags ebenfalls eine laufende vertragliche Beziehung haben, speichern wir alle Daten wie zuvor bereits beschrieben für die Vertragslaufzeit und im Anschluss bis zum Eintritt der regelmäßigen Verjährung gem. § 195 BGB.

ABLÖSUNG EINER PFLEGEKRAFT IN DER LAUFENDEN BETREUUNG

Im laufenden Betreuungsverhältnis kann es aus den unterschiedlichsten Gründen nötig sein, neue Pflegekräfte zur Ablösung einer bisherigen Pflegekraft zu suchen. Das Vorgehen, die Datenempfänger, die Speicherdauer sowie die Rechtsgrundlage sind hierbei identisch mit den oben bei der erstmaligen Suche einer geeigneten Pflegekraft gemachten Angaben. Allerdings ist die zu betreuende Person bei der Suche nach neuen Pflegekräften als Ablösung für eine Vorgänger-Pflegekraft in einem bereits bestehenden Vertragsverhältnis Ihren zuständigen Partneragenturen bereits bekannt, so dass hier eine Anonymisierung der Daten nicht möglich ist. Wir bitten Sie, uns mitzuteilen, wie zufrieden Sie mit der bisherigen Pflegekraft waren und welche Kritikpunkte es ggf. gegeben hat. Darüber hinaus erhalten wir von der abzulösenden Pflegekraft eine Rückmeldung, inwiefern sie einem zukünftigen erneuten Einsatz bei Ihnen zustimmen würde. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung personenbezogener Daten ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, wir müssen wissen, ob beide Seiten mit der Zusammenarbeit im Rahmen der Betreuung zufrieden waren, um Sicherheit zu haben, die Pflegekraft auch zukünftig erneut bei Ihnen einsetzen zu können.

ABRECHNUNG

Die Vermittlung der Pflegekräfte Rechnen wir Ihnen gegenüber direkt ab. Rechtsgrundlage ist unser Vermittlungsauftrag und damit Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Wir sind gem. § 14b Abs. 1 UStG verpflichtet, Rechnungen für 8 Jahre aufzubewahren. Im Anschluss daran löschen wir diese.

ERFÜLLUNG GESETZLICHER ANFORDERUNGEN

Unterschiedliche gesetzliche Anforderungen, insbesondere die Aufbewahrungspflichten des Handelsgesetzbuchs und der Abgabenordnung, die Steuergesetzgebung, die Regelungen des Art. 32 DSGVO zur sicheren Verarbeitung von Daten und weitere verlangen von uns die Verarbeitung und teilweise auch die Weitergabe von Daten an öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Finanzbehörden). Die Rechtsgrundlage aller dieser Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO, unsere rechtliche Verpflichtung, diese Verarbeitungen durchzuführen.

VERFOLGUNG UND DURCHSETZUNG VON RECHTSANSPRÜCHEN

Sofern wir Daten zur Verfolgung und Durchsetzung von Rechtsansprüchen verarbeiten erfolgt dies auf Basis unseres berechtigten Interesses (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO) oder des berechtigten Interesses eines Dritten, ebendiese Ansprüche zu verfolgen und durchzusetzen. Wir geben in diesem Zusammenhang Daten u. U. an Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden, sowie Gerichte und Rechtsanwält*innen weiter.

MARKETING PER E-MAIL UND/ODER BRIEFPOST

Sofern Sie eingewilligt haben verarbeiten wir Ihre Daten, insbesondere Ihre E-Mailadresse, zu Marketingzwecken. In diesem Fall senden wir Ihnen per E-Mail relevante Informationen zu unseren Dienstleistungen sowie interessante oder wichtige Informationen rund um das Thema Pflege zu. Rechtsgrundlage ist Ihre jederzeit widerrufbare (s. weiter unten) Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Darüber hinaus können wir Ihnen unter den Voraussetzungen der Ausnahme des § 7 Abs. 3 UWG Werbung auch ohne Ihre Einwilligung per E-Mail zusenden oder Ihnen unter Umständen Werbung per Briefpost zusenden. Rechtsgrundlage für diese beiden Arten der Werbung ist unser berechtigtes Interesse (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO), unsere Dienstleistungen zu bewerben und Sie über aktuelle Themen in Sachen Pflege zu informieren. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, der Nutzung Ihrer Daten für Marketingzwecke zu widersprechen. Mehr zum Widerspruchsrecht: s. weiter unten.

ÜBERMITTLUNG IN EIN DRITTLAND ODER AN EINE INTERNATIONALE ORGANISATION

Sofern wir oben bei den Verarbeitungszwecken keine anderen Angaben gemacht haben, findet eine Datenübermittlung in Drittstaaten (Staaten außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums) nicht statt und ist auch nicht geplant.

KEINE BEREITSTELLUNGSPFLICHT

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Durchführung einer Geschäftsbeziehung erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Insbesondere die Angabe von Gesundheits- oder sonstigen sensiblen Daten ist stets freiwillig. Sollten uns diese Daten fehlen, werden wir mit Ihnen in der Regel die Geschäftsbeziehung allerdings nicht durchführen können.

KEINE AUTOMATISIERTE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IM EINZELFALL

Wir nutzen grundsätzlich keine automatisierte Entscheidungsfindung – einschließlich Profiling – gemäß Art. 22 DSGVO. Sollten wir diese Verfahren in Einzelfällen einsetzen, werden wir Sie hierüber gesondert informieren, sofern dies gesetzlich vorgegeben ist.

IHRE DATENSCHUTZRECHTE

Jede betroffene Person hat das Recht auf **Auskunft** nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf **Berichtigung** und **Vervollständigung** bzw. Ergänzung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf **Löschung** nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung** nach Art. 18 DSGVO sowie das Recht auf **Datenübertragbarkeit** aus Art. 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein **Beschwerderecht** bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG).

IHR WIDERRUFSRECHT BEI EINWILLIGUNGEN

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf ausschließlich für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen. Bitte nutzen Sie die oben angegebenen Kontaktdaten für Ihren Widerruf.

IHR WIDERSPRUCHSRECHT

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben müssen, jederzeit gegen eine Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 lit. e oder f DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen. Dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling. Werden die Sie betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet, um Direktwerbung zu betreiben, haben Sie das Recht, jederzeit Widerspruch gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht. Es können zwingende Gründe für eine weitere Verarbeitung durch uns vorliegen, die Ihre Interessen überwiegen. In diesem Fall würden wir die betroffenen Daten in der Verarbeitung einschränken und ausschließlich für diese Ihnen zu benennenden Zwecke verarbeiten.