

Kundenfragebogen

Ihre Kontaktdaten:

Name _____
Vorname _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Fax _____
E-Mail _____
Verwandtschaftsgrad _____

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name _____
Vorname _____
Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum _____ Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Pflegestufe: keine Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5
 Pflegestufe beantragt: welche _____ wann _____

Pflegedienst:

Erfolgt derzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? Ja Nein
Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden? Ja Nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst/ wie oft? _____

Gibt es zusätzliche Personen im Haushalt? Ja Nein

Falls ja, wie viele? 1 2 3 _____

Angaben zum Pflegebedarf

Diagnosen:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |

Sonstige Diagnosen:

Geistiger Zustand:

- klar dem Alter entsprechend verwirrt teilnahmslos

Bewegungsfähigkeit:

- uneingeschränkt auf Rollator angewiesen
 auf Rollstuhl angewiesen bettlägerig

Vorhandene Hilfsmittel:

- Rollator Rollstuhl Pflegestuhl Toilettenstuhl
 Lifter Wannenfifter Pflegebett sonstige: _____

Körperpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
An-/ Auskleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
	<input type="checkbox"/> Magensonde		
Aufstehen / zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme

Toilette:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Katheter |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> künstlicher Ausgang |

Vorhandene Hilfsmittel: _____

Schlafsituation:

- | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> 1 Mal pro Nacht | <input type="checkbox"/> 2 Mal pro Nacht | <input type="checkbox"/> öfter als 2 Mal pro Nacht |
|-------------------------------|--|--|--|

Sonstige Bemerkungen: _____

Wohnsituation am Pflegeort

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| Lage: | <input type="checkbox"/> Großstadt | <input type="checkbox"/> Kleinstadt | <input type="checkbox"/> Dorf |
| Wohnsituation | <input type="checkbox"/> Haus | <input type="checkbox"/> Wohnung (Etage): _____ | Lift: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): | <input type="checkbox"/> ca. 10 Min | <input type="checkbox"/> za. 20 Min | <input type="checkbox"/> länger als 20 Min |

Ausstattung für Pflegekraft:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung | <input type="checkbox"/> Eigenes Zimmer | <input type="checkbox"/> eigenes Bad |
| <input type="checkbox"/> Internetanschluss | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Fernseher |

Freizeit:

◇ 2-3 Std pro Tag ◇ Hälften des Tages pro Woche ◇ 1 ganzen Tag pro Woche

Sonstige: _____

Haustier: ◇ keine ◇ wenn ja, welche: _____

Anforderungen zur Pflegekraft

Geschlecht: ◇ Frau ◇ Mann ◇ egal

Nichtraucher: ◇ wichtig ◇ egal

Führerschein: ◇ ja, mit Fahrpraxis ◇ egal

Deutschkenntnisse ◇ keine ◇ Grundkenntnisse ◇ Kommunikativ ◇ Gut

Sonstige Anforderungen: _____

Sonstiges

Aufgaben im Haushalt:

◇ Putzen ◇ Waschen ◇ Bügeln ◇ Fensterputzen

◇ Einkäufe ◇ Kochen ◇ Haustierversorgung

Sonstiges: _____

Erfolgen regelmäßige Besuche? ◇ Ja ◇ Nein

Zeitrahmen

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: 1 Monat 2 Monate länger als 2 Monate

Haben Sie schon mal eine Betreuung zu Hause beschäftigt? Ja Nein

Sonstige Angaben oder Fragen, die Sie klären möchten:

Der Kundenfragebogen dient als Leistungsbeschreibung für den Vermittler und den selbständigen Dienstleister und wird nach Abschluss Bestandteil des Vermittlungsvertrages.

Mit der Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten archiviert werden.

Datum, Unterschrift

....., den

Ort ,Datum

Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten durch Betreuungsvermittlung24

Für unsere Dienstleistung erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name, Adresse
- Telefonnummer
- E-Mail-Adresse
- Geburtsdatum, Geburtsort
- Krankheiten

- alle anderen Daten, die sich im Kundenfragebogen befinden und zur Ausführung des Vertrags erforderlich sind.

Diese Daten werden auf dem Server von Betreuungsvermittlung24 gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und eine Weitergabe der Daten an Dritte (z.B. polnische Personalagenturen, bei denen die Betreuungskräfte angestellt sind) ausschließlich in dem Umfang erfolgt, wie es für das Zustandekommen eines Betreuungsverhältnisses erforderlich ist.

Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers. Eine automatische Löschung erfolgt nach 60 Monaten, sofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden.

Nutzerrechte

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen. Auch kann eine Datenübertragung angefordert werden, sollte der Unterzeichnende eine Übertragung seiner Daten an eine dritte Stelle wünschen.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unser Dienst jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen ist, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

Betreuungsvermittlung24, Inh. Anna Scharmer
Uerdinger Gerichtsweg 7
40670 Meerbusch

Zustimmung durch den Nutzer

Hiermit versichert sich der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch Betreuungsvermittlung24 zuzustimmen und über seine Rechte belehrt wurden zu sein

.....

Datum, Unterschrift