



Bitte speichern Sie den Fragebogen lokal auf Ihrem Computer.
Sie können uns den Fragebogen wahlweise per E-Mail oder
ausgedruckt per Post senden.

Fragebogen

– Bitte vertraulich behandeln –

1. Personendaten

| Zu Ihrer Person | | | | |
|--------------------|--------------------------|------|--------------------------|------|
| Anrede | <input type="checkbox"/> | Herr | <input type="checkbox"/> | Frau |
| Name, Vorname | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | | |
| PLZ, Ort | | | | |
| Telefon, Handy | | | | |
| E-Mail-Adresse: | | | | |

| Ihr Verwandtschaftsverhältnis zur betreuenden Person: |
|---|
| |

| Leistungsempfänger/ betreuungsbedürftige Person(en) | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ehepaar | <input type="checkbox"/> | Einzelperson | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | |
| Familienstand | | <input type="checkbox"/> | ledig | <input type="checkbox"/> | verheiratet | <input type="checkbox"/> | verwitwet | <input type="checkbox"/> | Lebenspartnerschaft | | | | |
| Größe | | | | | | | | | | | | | |
| Gewicht | | | | | | | | | | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | | | | | | | | | | | |
| PLZ, Ort | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon, Handy | | | | | | | | | | | | | |
| Pflegegrad | | <input type="checkbox"/> | keinen | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Pflegegrad beantragt | | <input type="checkbox"/> | keinen | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 |

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden, füllen Sie bitte einen weiteren Fragebogen aus.

2. Wohnsituation der betreuten Person

| | | | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|---------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Ein-/Zweifamilienhaus | <input type="checkbox"/> | Wohnung | <input type="checkbox"/> | Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> | ca. qm |
| Wie viele Personen leben im gleichen Haushalt? | | <input type="text"/> | | | | | |
| Gibt es eine Haushaltshilfe? | | <input type="checkbox"/> | ja | Falls ja, wie oft? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | nein |

| | | | | | | | |
|---|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|------|--------------------------|--------------------|
| Informationen zur Infrastruktur: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Großstadt | <input type="checkbox"/> | Kleinstadt | <input type="checkbox"/> | Dorf | <input type="checkbox"/> | ländliche Gemeinde |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|
| Öffentliche Verkehrsmittel zu Fuß erreichbar? | <input type="checkbox"/> | keine | <input type="checkbox"/> | bis 10 Minuten | <input type="checkbox"/> | 10-15 Minuten |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|

| | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß (Entfernung bis max. 15 Minuten)? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|

3. Angaben zur Betreuung

| | | | | | | |
|--|-------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Voraussichtliche Betreuungsdauer: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | langfristig | <input type="checkbox"/> | steht noch nicht fest | <input type="checkbox"/> | kurze Zeit, voraussichtlich bis: | <input type="text"/> |

| | | | | | | | |
|--|--|----------------------|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Voraussichtlicher Beginn der Betreuung: | | <input type="text"/> | | | | | |
| Wurde die zu betreuende Person bereits von einer 24-Stunden-Kraft betreut? | | | | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Ambulante Pflegedienste: | | | | | |
| Ist ein Pflegedienst tätig? | | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Falls ja, wird dieser auch künftig genutzt? | | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Diese Aufgaben werden vom Pflegedienst übernommen: | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |

4. Gesundheitliche Angaben

| | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------------------|
| Ist die Person geh fähig? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen möglich? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Person bettlägerig? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> häufig |
| Urin-/Harninkontinenz? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Stuhlinkontinenz? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |

| | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------------------|
| Orientierung: | | | | | |
| Örtlich orientiert? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Situativ orientiert? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Personenbezogen orientiert? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Zeitlich orientiert? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------|--------------------------------|
| Kommunikation: | <input type="checkbox"/> | vollständig erhalten | | | |
| eingeschränkt beim: | <input type="checkbox"/> | sehen | <input type="checkbox"/> | sprechen | <input type="checkbox"/> hören |

| | | | | | | | |
|---|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------|
| Aktivitäten des alltäglichen Lebens: | | | | | | | |
| Wird Unterstützung bei diesen Aktivitäten benötigt? | | | <input type="checkbox"/> | An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> Mundpflege | | |
| <input type="checkbox"/> | Gesicht waschen | <input type="checkbox"/> | Haare waschen | <input type="checkbox"/> | Baden | <input type="checkbox"/> | Essen/Trinken |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| Diagnosen: | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Alzheimer | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> | beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> | Demenz | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | Parkinson | <input type="checkbox"/> | Dekubitus | <input type="checkbox"/> | Halbseitenlähmung | <input type="checkbox"/> | Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> | Depression | <input type="checkbox"/> | Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> | Stoma | <input type="checkbox"/> | Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> | Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> | Herzrhythmusstörung | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tumore | Wenn ja, wo: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Allergien | Wenn ja, welcher Art: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige | <input type="checkbox"/> | |

5. Anforderungen an die polnische Betreuungskraft

| | | | | | | |
|--------------------|--|---------|--|--------------|--|-----|
| Deutschkenntnisse: | | einfach | | kommunikativ | | gut |
|--------------------|--|---------|--|--------------|--|-----|

| | | | | | | |
|----------------------|--|---------------|--|--------------|--|--------------------|
| Betreuungserfahrung: | | wünschenswert | | erforderlich | | nicht erforderlich |
|----------------------|--|---------------|--|--------------|--|--------------------|

| | | | | | | |
|---|----------------|--|--|--|--|--|
| Freizeitgestaltung | | | | | | |
| In welchem Umfang wird der Betreuungskraft Freizeit zur Verfügung gestellt? | | | | | | |
| | 3 Std. pro Tag | | nach Absprache (nicht weniger als dargestellte Mindestzeit)* | | | |

* bei Nachteinsätzen ist ein zusätzlicher Ausgleich am Tag notwendig

Hiermit versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller Angaben dieses Fragebogens.

Ort, Datum **

Unterschrift Vertragspartner **

Nicht vollständige oder falsche Angaben können zu einem höheren Kostenaufwand oder zu einer Vertragskündigung führen. Pflegepol versichert Ihre Daten vertraulich zu behandeln und nur zum notwendigen Bearbeitungsweck mit den Partnerunternehmen zu verwenden und diese nicht an Dritte weiterzugeben.

** entfällt beim Versenden direkt am Computer.



Datenschutz:

Wir verarbeiten die Daten unserer Klienten und Interessenten und anderer Auftraggeber oder Vertragspartner (einheitlich bezeichnet als „Klienten“) entsprechend Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO, um ihnen gegenüber unsere vertraglichen oder vorvertraglichen Leistungen zu erbringen. Die hierbei verarbeiteten Daten, die Art, der Umfang und der Zweck und die Erforderlichkeit ihrer Verarbeitung, bestimmen sich nach dem zugrundeliegenden Vertragsverhältnis. Zu den verarbeiteten Daten gehören grundsätzlich Bestands- und Stammdaten der Klienten (z.B., Name, Adresse, etc.), als auch die Kontaktdaten (z.B., E-Mailadresse, Telefon, etc.), die Vertragsdaten (z.B., in Anspruch genommene Leistungen, Honorare, Namen von Kontaktpersonen, etc.) und Zahlungsdaten (z.B., Bankverbindung, Zahlungshistorie, etc.).

Im Rahmen unserer Leistungen, können wir ferner besondere Kategorien von Daten gem. Art. 9 Abs. 1 DSGVO, insbesondere Angaben zur Gesundheit der Klienten, ggf. mit Bezug zu deren Sexualleben oder der sexuellen Orientierung, ethnischer Herkunft oder religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen, verarbeiten. Hierzu holen wir, sofern erforderlich, gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a., Art. 7, Art. 9 Abs. 2 lit. a. DSGVO eine ausdrückliche Einwilligung der Klienten ein und verarbeiten die besonderen Kategorien von Daten ansonsten zu Zwecken der Gesundheitsvorsorge auf Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h. DSGVO, § 22 Abs. 1 Nr. 1 b. BDSG.

Sofern für die Vertragserfüllung oder gesetzlich erforderlich, offenbaren oder übermitteln wir die Daten der Klienten im Rahmen der Kommunikation mit anderen Fachkräften, an der Vertragserfüllung erforderlicher Weise oder typischerweise beteiligten Dritten, wie z.B. Abrechnungsstellen oder vergleichbare Dienstleister, sofern dies der Erbringung unserer Leistungen gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b. DSGVO dient, gesetzlich gem. Art. 6 Abs. 1 lit. c. DSGVO vorgeschrieben ist, unseren Interessen oder denen der Klienten an einer effizienten und kostengünstigen Gesundheitsversorgung als berechtigtes Interesse gem. Art. 6 Abs. 1 lit. f. DSGVO dient oder gem. Art. 6 Abs. 1 lit. d. DSGVO notwendig ist, um lebenswichtige Interessen der Klienten oder einer anderen natürlichen Person zu schützen oder im Rahmen einer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a., Art. 7 DSGVO.

Die Löschung der Daten erfolgt, wenn die Daten zur Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Fürsorgepflichten sowie Umgang mit etwaigen Gewährleistungs- und vergleichbaren Pflichten nicht mehr erforderlich ist, wobei die Erforderlichkeit der Aufbewahrung der Daten alle drei Jahre überprüft wird; im Übrigen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten.