

## 1. Kontaktperson (Auftraggeber)

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Leistungsempfänger \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Vollmacht liegt vor

gerichtlich bestellter Betreuer

## 2. Leistungsempfänger

weiblich

männlich

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ ca. cm

Gewicht \_\_\_\_\_ ca. kg

Voraussichtlicher Einsatzbeginn      schnellstmöglich      zum \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes      unbefristet      bis zum \_\_\_\_\_

### 3. Grundsätzliche Fragen zum Leistungsempfänger

- 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
- Braucht die betreuende Person Hilfe beim Transfer?  
(z.B. aus dem Bett in den Rollstuhl) ja      nein
- Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? 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?
- Falls „ja“, welche \_\_\_\_\_

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

Wann ist der voraussichtliche Entlassungstermin? \_\_\_\_\_

Hausarzt /Kontaktdaten \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

### 4. Pflegebedürftigkeit

Kein Pflegegrad	PG besteht länger als 6 Monate				
PG bestätigt	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Beantragt	PG 1	PG 2	PG3	PG4	PG5
Ist eine PG-Beratung erwünscht?	ja	nein			

## 5. Krankheitsbilder

Allergien	COPD	Multiple Sklerose
Dekubitus	Diabetes (insulinpflichtig)	Osteoporose
Alzheimer	Herzinfarkt	Rheuma
Asthma	Blutverdünner	Stoma (Anis praeter)
Demenz (Anfangsstadium)	Herzrythmusstörungen	Tumor _____
Demenz	Hypertonie	Schlaganfall
altersbedingte Gehschwäche	Inkontinenz	Depressionen

Hinweise \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 6. Kommunikation

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hören			
Sehen			
Sprechen			
Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	Zahnprothese

Hinweise \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 7. Orientierung

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Zeitlich			
Örtlich			
Persönlich			

Hinweise \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 8. Mobilität

uneingeschränkt      teilweise eingeschränkt      eingeschränkt

Gehen

Stehen

Treppensteigen

Hinweise \_\_\_\_\_

Hilfsmittel

Gehstock

Nachtstuhl

Pflegebett

Dekubitusmatratze

Patientenlift

Treppenlift

Rollator

Rollstuhl

ebenerdige Dusche

Badewannenlift

geplant/beantragt

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9. Transfer

nicht notwendig \_\_\_\_\_

Patient hilft mit \_\_\_\_\_

Patient hilft nicht mit \_\_\_\_\_

nur mit Patientenlift möglich \_\_\_\_\_

## 10. Ruhen und Schlafen

uneingeschränkt      teilweise eingeschränkt      eingeschränkt

Einschlafen

Durchschlafen

Zu Bett gehen

ca. \_\_\_\_ Uhr, Aufstehen: ca. \_\_\_\_ Uhr, Mittagsschlaf: ca. \_\_\_\_ Stunden

## 11. Nächtliche Einsätze (z.B. Toilettengang)

Alleine (Hilfe nicht notwendig)

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

Gelegentlich (4-7x pro Woche)

Häufig (mehrmals pro Nacht)

Hinweise \_\_\_\_\_

## 12. Hygiene

uneingeschränkt      teilweise eingeschränkt      eingeschränkt

Duschen/Baden

Mundpflege

Zahnprothese

Haarpflege

Intimpflege

Hand- und Fußpflege

Rasieren

Patient wird im Bett gewaschen      ja      nein

Hinweis \_\_\_\_\_

## 13. Ausscheiden

ja      gelegentlich      nein

Urininkontinenz

Stuhlinkontinenz

Blasenkatheter

Suprapubischer Katheter

Urinflasche

Windeln / Pantys

Vorlagen

Hinweise \_\_\_\_\_

Pflegehilfsmittel      vorhanden      nicht vorhanden

Pflegebox gewünscht      ja      nein

## 14. Kleidung

uneingeschränkt      teilweise eingeschränkt      eingeschränkt

Auskleiden

Ankleiden

Kleidung muss ausgesucht werden      ja      nein

Kleidung muss auf jahreszeitliche und Sauberkeit kontrolliert werden      ja      nein



## 18. Gewünschte Betreuungskraft

Gewünschtes Alter \_\_\_\_\_ Jahre (ohne Garantie)      Frau      Mann      irrelevant

Sprachkenntnisse      sehr gute      gute      einfache

Erfahrung mit Demenz      notwendig      nicht notwendig

Führerschein erforderlich      ja      nein

sonstige Wünsche \_\_\_\_\_

Eine Einführung in die Umgebung / Gemeinde (Wege für Spaziergänge, Fahrt zum Hausarzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten usw.) erfolgt durch \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen bei der Betreuung besonders wichtig?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 19. Aufgaben der Betreuungskraft

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

Gibt es Haustiere      ja      nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

wenn ja, wer soll die Haustiere versorgen      Betreuungskraft      Familie

<b>20. Wohnt eine weitere (zweite) Person mit im Haushalt?</b>	ja	nein
Ist die hauswirtschaftliche Versorgung für die zweite Person erwünscht?	ja	nein
Unterstützt die zweite Person die Betreuungskraft?	ja	nein
Muss die zweite Person aktiv gepflegt werden?	ja	nein
Wohnen weitere Familienmitglieder in der Nähe?	ja	nein

## 21. Unterstützung der Betreuungskraft / Freizeitregelung

Auch unsere Betreuungskräfte benötigen Auszeiten, in denen sie sich regenerieren und abschalten können, um anschließend wieder gestärkt an die Arbeit zu gehen

Wie ist die Freizeit der Betreuungskraft geregelt? \_\_\_\_\_

Wer übernimmt die Betreuung in der Freizeit \_\_\_\_\_

An \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche ist z.B. ein Familienmitglied für mind. eine Stunde vor Ort?

Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche

Für die Freizeit steht zur Verfügung      Fahrrad      Garten      Terrasse/Garten

## 22. Entlastung der Betreuungskraft z.B. durch einen ambulanten Pflegedienst (PD)

Ist derzeit ein PD eingeschaltet?      ja      nein      wird bestellt

Welche Leistungen erbringt der PD?    Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc)  
Medizinische Pflege (Spritzen Tabletten, Thrombosestrümpfe etc.)

Wie oft kommt der PD? \_\_\_\_\_

Name des PD, Kontaktdaten \_\_\_\_\_

Ist ein Hausnotruf vorhanden?      ja      nein      gewünscht ab \_\_\_\_\_

Ist ein Schlüssel hinterlegt?      ja      nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Wer sortiert / stellt die Medikamente?    Patient selbst      Apotheke  
Pflegedienst      Familie

Welche Medikamente werden verabreicht? \_\_\_\_\_

## 23. Unterstützende Therapien und Beschäftigungen

Ergotherapie      Ehrenamtliche Helfer  
Musiktherapie      Logopädie  
Beschäftigungstherapie      Sonstiges \_\_\_\_\_  
Krankengymnastik



## 24. Wohnort und Umfeld

Dorf	Kleinstadt	Stadt	
Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung	
Barrierefrei	Treppenlift	Fahrstuhl	
Einkaufsmöglichkeiten	ca. 10 Min.	ca. 20 Min.	ca. 30 Min.
Der Einkauf wird von der Familie erledigt.			
Die nächste Haltestelle (Bus / U-Bahn / S-Bahn) ist fußläufig zu erreichen in			
	ca. 10 Min.	ca. 20 Min.	ca. 30 Min.

## 25. Zimmerausstattung der Betreuungskraft

Bett	WLAN vorhanden /wird beantragt	eigenes WC	
Schrank/Tisch	kein Internet möglich	eigenes Bad	
TV	Mitnutzung Telefon	gemeinsames Bad	
		eigene Wohnung	
Für die Freizeit steht zur Verfügung	Fahrrad	Garten	Terrasse/Garten

## Wie sind sie auf wecare24 aufmerksam geworden?

Krankenhaus /Sozialstation

Internet

Ambulanter Pflegedienst

Website / Homepage

Arzt

Werbung, was genau \_\_\_\_\_

Familie / Bekannte

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Anwesende bei der Erstellung der Anamnese

der Kunde / zu Betreuende

Angehörige

der Bevollmächtigte

Sonstige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift des Kunden/Bevollmächtigten**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift wecare24**

\_\_\_\_\_

## Einverständnis zu wecare24 Marketingzwecken

Ja, ich möchte regelmäßig interessante Neuigkeiten über pflegebezogene Themen erhalten.  
Diese Zusage kann jederzeit widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden

Ich bin nicht damit einverstanden

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

## Datenschutzerklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben genannten 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 wecare24, Böge 18 in 22359 Hamburg zu richten.

Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht.

Die Information gemäß Artikel 13 DS-GVO habe ich erhalten.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kunden/ des Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

Unterschrift wecare 24 \_\_\_\_\_

Informationen der betroffenen Personen (Interessenten/Angehörige/Bevollmächtigt/gerichtlich bestellte Vertreter) bei Direkterhebung (Art. 13)

Verantwortlich:

wecare 24, Böge 18, 22359 Hamburg, 040/68996483, [info@we-care-24.de](mailto:info@we-care-24.de), [www.we-care-24.de](http://www.we-care-24.de)

Gesetzlicher Vertreter: Lenny Hartmann, Geschäftsführer

Datenschutzbeauftragter: nicht erfolgreich

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit; Zweck der Verarbeitungstätigkeit:

Datenerfassung zur Ermittlung 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 ind Drittsaaten 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 eine Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Besichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art.-Nr. DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

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.