

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

15. Essen und Trinken

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Essen			
Trinken			
Kauen und Schlucken			
PEG Sonde	ja	nein	
Nahrung klein schneiden	ja	nein	
	Ernährungszustand	Kostform/Diät	Trinkmenge
	Normal	Normal	Normal
	Unterernährt	Vollwert	wenig
	Adipös	Vegetarisch	viel
	Entwässert	Diabeteskost	zum Trinken animieren

Hinweise _____

16. Hobbies und Interessen des Patienten

Musik	Fernsehen	Natur/Garten	Spaziergehen
Spiele	Malen	Lesen	Kreuzworträtsel
Weitere	_____		

17. Wesenszüge, die den Patienten beschreiben

ängstlich	geduldig	bescheiden	umgänglich	offen
fordernd	bestimmend	zurückhaltend	störrisch	lieb
Weitere	_____			

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

20. Wohnt eine weitere (zweite) Person mit im Haushalt? 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, Schenkendorfstraße22 in 22085 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 wecare24 _____

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

Verantwortlich: wecare24 (UG)

Schenkendorfstraße 22

info@we-care-24.de, www.we-care-24.de

22085 Hamburg, Deutschland

040 - 68 99 64 83

Gesetzliche Vertreter: André Weber, Roland Rother, Geschäftsführer

Datenschutzbeauftragter: nicht erforderlich

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.