

Erfassungsbogen



Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und geben uns einen Einblick in die Situation vor Ort und Ihre Anforderungen an die Betreuungskraft. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

1. Angaben zur Kontaktperson

Frau Herr

Name _____ Telefon _____

Vorname _____ E-Mail _____

Straße, Nr. _____ Fax _____

PLZ, Ort _____

1. Angaben zum Patienten

Frau Herr

Name _____ Telefon _____

Vorname _____ Größe _____

Straße, Nr. _____ Alter _____

PLZ, Ort _____ Gewicht _____

Gewünschter Betreuungsbeginn: In 1 Woche In 2 Wochen Zum _____

3. Wohnsituation des Patienten

Mit wem lebt die zu betreuende Person zusammen?

Allein Ehepartner Wohngemeinschaft Angehöriger: _____

Muss eine weitere Person im Haushalt versorgt werden? (Wenn Ja, bitte zweiten Erfassungsbogen ausfüllen)

Ja Nur Hauswirtschaft Nein

Unterbringung der Betreuungskraft:

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Sonstiges
Dorf Kleinstadt Großstadt

Bei Dorf und Kleinstadt, bitte nächste Großstadt und Entfernung angeben: _____

Ist das Badezimmer behindertengerecht?

Ja Nein

Wohnen Angehörige in der Nähe?

Ja Nein

Zimmerausstattung der Betreuungskraft:

eigenes Bad Tisch Schrank Radio TV PC

Internetanschluss:

vorhanden kann eingerichtet werden Nein, nicht möglich



4. Medizinische Situation

Pflegegrad:

kein Pflegegrad Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Pflegegrad beantragt:

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

Allergien	Depression	multiple Sklerose
Asthma	Diabetes	Osteoporose
Athrose	Diabetes (Insulinpflichtig)	Parkinson
Demenz (leicht)	Herzinfarkt	Rheuma
Demenz (mittel)	Herzinsuffizienz	Schlaganfall
Demenz (schwer)	Herzrhythmusstörung	Stoma (Anus praeter)
Dekubitus	Hypertonie	Tumor

Sonstige: _____

Bei Tumor-Erkrankung bitte hier genaue Form angeben

4.1 Mobilität

Ist die Person bettlägerig? Ja Nein

Wenn Ja, muss die Person gelagert werden? Ja Nein

Kann der Patient gehen?

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Kann der Patient stehen?

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Braucht der Patient Hilfe beim Transfer (bspw. in den Rollstuhl)?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Braucht der Patient Hilfe beim Treppensteigen?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Braucht der Patient Hilfe beim An-/Auskleiden?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Vorhandene Hilfsmittel:

Gehstock	Patientenlifter	Dekubitusmatratze
Rollator	Hublift	Treppenlift
Rollstuhl	Hebegurt	Elektromobil
Krücken	Pflegebett	Aufstehhilfe



4.2 Körperpflege

Benötigt der Patient Unterstützung bei der Körperpflege?

Duschen:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Intimpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Mundpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Handpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Fußpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich
Haarpflege:	Nein	Unterstützung	Vollumfänglich

Wird die Person im Bett gewaschen? Ja Nein

Inkontinenz? Ja Nein Urininkontinenz Stuhlinkontinenz

Chronische Durchfälle? Ja Nein

Vorhandene Hilfsmittel:

Urinflasche	Windeln	Inkontinenzvorlage
Blasenkatheter	Suprapubischer Katheter	WC-Stuhl

Erhalten Sie Pflegehilfsmittel zum Verbrauch? (Desinfektionsmittel, Handschuhe usw.) Ja Nein

4.3 Kommunikation & Orientierung

Hören:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Sehen:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Sprechen:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

Anmerkungen _____

Zeitlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Örtlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Persönlich:	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

Anmerkungen _____

Zeigt der Patient herausfordernde Verhaltensweisen? (bspw. Aggression) Ja Nein

Wen ja welche? _____

Welche Wesenszüge beschreiben die Person

Welche Interessen hat die betreute Person?

Vorhandene Hilfsmittel: Hörgerät Sehhilfe Taststock

Erfassungsbogen



4.4 Ernährung

Benötigt der Patient Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme?

Nein Unterstützung vollumfänglich

Muss die Trinkmenge überwacht werden? Ja Nein

Leidet die Person an Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wird die Person über eine PEG-Sonde ernährt? Ja Nein

Besondere Kostform: _____

5. Anforderungen an die Betreuungskraft

Profil: Frau Mann egal

Welche Wünsche / Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Sprachkenntnisse

Sehr gut Sprechen & Verstehen fließend	Gut Einfache Gespräche möglich	Befriedigend Kommunikationsfähig	Ausreichend einzelne Worte	Keine
--	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------

Ist der Betreuungskraft das Rauchen gestattet?

Ja Nur im Freien Nein

6. Aufgaben der Betreuungskraft

Kochen	Bügeln	Freizeitgestaltung
Einkaufen	Pflege der Pflanzen	Arztbesuche
Wäsche waschen	Gemeinsame Spaziergänge	Medikamentengabe
Reinigen der Wohnung		

Haustiere versorgen: _____
bitte hier genaues Haustier angeben

Sonstiges: _____

Einkaufsmöglichkeiten: Fußläufig Mit dem Auto Mit dem ÖPNV

Gibt es Aufgaben die von der Familie übernommen werden? (bspw. Einkäufe)

Nein Ja: _____

Besucht der Patient eine Tagespflegeeinrichtung? (Wenn Ja, wie häufig?)

Nein Ja: _____

Erfassungsbogen



6.1. Nachteinsätze

Sind Nachteinsätze erforderlich?

täglich
gelegentlich
nie

Leidet der Patient an Schlafstörungen?

Nein
gelegentlich
häufig

Werden Schlafmittel eingenommen?

Nein
gelegentlich
häufig

Welche Tätigkeiten fallen an und wie häufig pro Nacht?

Wie kann der Patient die Betreuungskraft nachts erreichen?

Hausnotruf Babyphon noch kein Hilfsmittel

Nachtruhe: Von _____ Uhr bis _____ Uhr

7. Schlussbemerkungen

In welchem Budgetrahmen dürfen wir Betreuungskräfte für Sie suchen?

Von _____ € bis _____ €

Wer unterzeichnet ggf. den Vertrag?

Patient Kontaktperson _____

Wie möchten Sie Rückantwort erhalten?

E-Mail Telefon Post Fax

Wünschen Sie sich einen bestimmten Ansprechpartner?

Nein Ja: _____

Haben Sie noch Fragen oder möchten uns etwas mitteilen?

Wie sind Sie auf **PR CARE 24** für Senioren aufmerksam geworden?

Familie/Bekannte Internetsuche E-Mail
Pflegedienst Sanitätshaus Postwurfsendung

Sonstiges: _____

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und ausschließlich zur Angebotserstellung an die Betreuungskräfte weitergeleitet. Bitte senden Sie dieses Formular per E-Mail an uns zurück. Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur weiteren Bearbeitung von Professional Recruiters Sp. z o.o. -Pr Care 24 kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen.

Ich bestätige, dass obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden/Bevollmächtigten



Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung ihrer Daten durch Professional Recruiters Sp. z o.o.

Für unsere Dienstleistung im Rahmen der Vermittlung einer Pflegekraft erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name, Adresse der Vertragspartei des Kunden
- Telefonnummer
- E-Mail-Adresse
- Name, Adresse der zu pflegenden Person
- Informationen zum Pflegebedarf der zu pflegenden Person

1. Speicherung und Verarbeitung

Die vorstehenden Daten werden auf dem Server von Professional Recruiters Sp. z o.o. gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Professional Recruiters Sp. z o.o. versichert, dass die von uns durchgeführte elektronische Datenverarbeitung auf der Grundlage geltender Gesetze gilt. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Kunden. Eine automatische Löschung erfolgt nach Beendigung des Vertragsverhältnisses hinsichtlich der Vermittlung der Pflegekraft, wenn der Kunde dies wünscht, insbesondere bei Kündigung des Vermittlungsvertrages. In jedem Fall spätestens sechs Monate nachdem der Vertrag über die Pflege beendet wird.

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Professional Recruiters Sp. z o.o. um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Professional Recruiters Sp. z o.o. die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an Professional Recruiters Sp. z o.o. übermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten