

Fragebogen zu Ihrer Betreuungssituation

Damit wir Ihnen ein individuelles Angebot erstellen können und die für Sie passende Pflege- oder ergänzende Kraft finden, bitten wir Sie diesen Fragebogen im Voraus auszufüllen und uns per Post, Fax oder E-Mail zurückzusenden.

Unsere Kontaktdaten: Postplatz 2 in 74564 Crailsheim
 Tel.: 07951-47 211 90
 Fax: 07951-47 234 72
 E-Mail: info@deutschepflegehilfe24.de

Ansprechpartner für die Deutsche Pflegehilfe24

- Ehepartner
 Schwiegersohn / -tochter
 Sohn / Tochter
 Sonstige: _____

Name:	Vorname:
Strasse:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:
Tel.:	Handy:
Fax:	E-Mail:
Zu erreichen (Tage/Zeiten):	

Zu pflegende Person

Name:	Vorname:
Strasse:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:
Tel.:	Handy:
Fax:	E-Mail:
Lebt die Person allein im Haushalt?	Lebt mit ____ weiteren Person/en im Haushalt

Zum Kunden

<p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Körpergewicht: _____ kg</p> <p>Körpergröße: _____ cm</p>	<p>Pflegegrad</p> <p><input type="checkbox"/> kein Pflegegrad</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 1</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 2</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 3</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 4</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegrad 5</p> <p>Datum Einstufung: _____</p>
<p>Diagnosen</p> <p><input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus</p> <p><input type="checkbox"/> Krebserkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall</p> <p><input type="checkbox"/> Angstzustände</p> <p><input type="checkbox"/> Einsamkeit</p>	<p>Angaben zum Hausarzt</p> <p>Name: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Tel.: _____</p>
<p>Vorhandene Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Rollator</p> <p><input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegebett</p> <p><input type="checkbox"/> Lift / Aufstehhilfe</p> <p>Kann der Kunde das Bett verlassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein</p>	

Pflege und Betreuung

<p>Pflegerische Tätigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Große Toilette / Ganzkörperwaschung</p> <p><input type="checkbox"/> Kleine Toilette / Teilkörperwaschung</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe bei der Ausscheidung</p> <p><input type="checkbox"/> An- und Auskleiden</p> <p><input type="checkbox"/> Zubereiten einer einfachen Mahlzeit</p> <p><input type="checkbox"/> Zubereiten einer warmen Mahlzeit</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme</p>	<p>Betreuungstätigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Spazieren gehen</p> <p><input type="checkbox"/> Vorlesen</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltung</p> <p><input type="checkbox"/> Handarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>_____</p>
<p>Haushaltstätigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Kochen für _____ Personen</p> <p><input type="checkbox"/> Putzen / Waschen / Bügeln</p> <p><input type="checkbox"/> zu reinigende Wohnfläche: _____ qm</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgung folgender Haustiere: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>	

Angaben zur Pflegekasse

Krankenkasse der zu pflegenden Person

Versicherungsnummer: _____

Sitz der Versicherung: _____

Name der Versicherung: _____

Anschrift der Versicherung: _____

Gewünschter Beginn

Zu welchem Datum soll die Versorgung beginnen?

Schilderung Tagesablauf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige	<input type="checkbox"/> Flyer
<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Empfehlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Datenschutzerklärung

Hiermit willige ich, bis auf Widerruf, der Datenerfassung der von mir angegebenen Daten durch die Deutsche Pflegehilfe24 ein. Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und verstanden.

- Bevollmächtigter Name: _____ Unterschrift: _____
- zu pflegende Person Name: _____ Unterschrift: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kunden:

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter der Deutschen Pflegehilfe 24 von der Schweigepflicht. Sie dürfen folgende Personen über meinen Gesundheitszustand informieren:

Ehemann / Ehefrau / Lebenspartner

folgende Angehörige: _____ und _____

folgende Mitbewohner: _____ und _____

Hausarzt

Facharzt

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Datum, Unterschrift Kunde:

KUNDENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Pflegedienst Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Deutsche Pflegehilfe 24

Postplatz 2 in 74564 Crailsheim

Tel.: 07951-47 211 90

E-Mail: info@deutschepflegehilfe24.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Mirela M. Petre (Geschäftsführerin)

Anschrift: Postplatz 2 in 74564 Crailsheim

Tel.: 07951-47 211 90

E-Mail: info@deutschepflegehilfe24.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Pflegevertrag zwischen Ihnen und unserem Pflegedienst und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten.

Die Erhebung von persönlichen Daten ist Voraussetzung für Ihre Versorgung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Versorgung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Kranken- und Pflegekassen, Ärzte, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Medifox - unsere Software für die Pflege und BFS – unser Abrechnungspartner, sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke Ihrer individuellen Pflege, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen und der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Versorgung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Versorgung aufzubewahren.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg

Anschrift: Königstr. 10a in 70173 Stuttgart

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Pflegeteam der Deutschen Pflegehilfe 24