

# Pflegewelt24

## FRAGEBOGEN ZUR ERMITTLUNG DES LEISTUNGSUMFANG

Datum: \_\_\_\_\_

Kundennummer (wird von Pflegewelt24 vergeben): \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner

Verwandschaftsgrad/Bevollm./ Agentur: \_\_\_\_\_

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ PLZ-Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Pflegebedürftige Person/en

Vorname (kein Nachname): \_\_\_\_\_ PLZ-Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Person/der zu betreuenden Personen

Daten Person 1 (z. B.:Mutter, Tante, Oma): \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Alter (Geburtsjahr oder Alter): \_\_\_\_\_

Größe (in cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (in Kg): \_\_\_\_\_

Daten Person 2 (z. B.:Vater, Onkel, Opa): \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Alter (Geburtsjahr oder Alter): \_\_\_\_\_

Größe (in cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (in Kg): \_\_\_\_\_

Wohnt in  Wohnung  Haus

Wer wohnt noch im Haushalt: \_\_\_\_\_

Wer kauft ein / kocht (bei mehreren Personen): \_\_\_\_\_

Haushaltshilfe (zusätzliche, externe Person): \_\_\_\_\_

Tiere im Haushalt (wenn ja, welche): \_\_\_\_\_

Sonstige Informationen: \_\_\_\_\_

Wann möchten Sie mit der häuslichen Betreuung beginnen? Datum: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie ein Datum an, damit die Personalgespräche (unverbindlich) entsprechend geführt werden können.

**Daten der zu betreuenden Person**

**Geistiger Zustand:** \_\_\_\_\_

**Charaktereigenschaften:** \_\_\_\_\_

**Krankheiten:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mobilität:** \_\_\_\_\_

**Transfers (Bett/Rollstuhl):** \_\_\_\_\_

Mit leichter Unterstützung durch Betreuungskraft: \_\_\_\_\_

Ohne Mithilfe durch die zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

**Grundpflege (selbstständig/mit Unterstützung):** \_\_\_\_\_

**Toilettengang (selbstständig/mit Unterstützung):** \_\_\_\_\_

**Vorlagen (Windeln):** \_\_\_\_\_

**Nachteinsätze (bitte beschreiben):** \_\_\_\_\_

Anzahl Nachteinsätze pro Nacht: \_\_\_\_\_ pro Woche: \_\_\_\_\_

Macht auf sich aufmerksam durch: \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel (z. B. Pflegebett, Rollator, Toilettenstuhl):** \_\_\_\_\_

**Pflegedienst:**  ja  nein

Wie oft am Tag/Woche, für welche Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

**Tagespflege (externe Einrichtung):** \_\_\_\_\_

**Ausführende Tätigkeiten durch Betreuungskraft:** \_\_\_\_\_

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

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

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

**Sonstige Hinweise:** \_\_\_\_\_

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

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

## Daten der weiteren, zu betreuenden Person

**Geistiger Zustand:** \_\_\_\_\_

**Charaktereigenschaften:** \_\_\_\_\_

**Krankheiten:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mobilität:** \_\_\_\_\_

**Transfers (Bett/Rollstuhl):** \_\_\_\_\_

Mit leichter Unterstützung durch Betreuungskraft: \_\_\_\_\_

Ohne Mithilfe durch die zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

**Grundpflege (selbstständig/mit Unterstützung):** \_\_\_\_\_

**Toilettengang (selbstständig/mit Unterstützung):** \_\_\_\_\_

**Vorlagen (Windeln):** \_\_\_\_\_

**Nachteinsätze (bitte beschreiben):** \_\_\_\_\_

Anzahl Nachteinsätze pro Nacht: \_\_\_\_\_ pro Woche: \_\_\_\_\_

Macht auf sich aufmerksam durch: \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel (z. B. Pflegebett, Rollator, Toilettenstuhl):** \_\_\_\_\_

**Pflegedienst:**  ja  nein

Wie oft am Tag/Woche, für welche Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

**Tagespflege (externe Einrichtung):** \_\_\_\_\_

**Ausführende Tätigkeiten durch Betreuungskraft:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige Hinweise:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Unterbringung der Betreuungskraft

Unterbringungsmöglichkeit:

Internet/WLAN

ja

nein

Extra Bad/WC

ja

nein

Sonstige Informationen:

---

## Wünsche zur passenden Betreuungskraft

Deutschkenntnisse:

sehr gut

gut

befriedigend

ausreichend

gering

Rauchverhalten:

Nichtraucher/in (zwingend)

Raucher

egal

Führerschein:

ja

nein

egal

Geschlecht:

weiblich

männlich

egal

Sonstige Anforderungen:

---

Pflege-  
welt

Bitte beachten Sie die Einwilligungserklärung auf der nächsten Seite!

24

# Pflegewelt24

FRAGEBOGEN  
ZUR ERMITTLUNG DES LEISTUNGSUMFANG

Durch:

Pflegewelt24.com      Adresse: Am Mitterfeld 7, 83024 Rosenheim

## Einwilligungserklärung

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

Für die Vermittlung einer optimalen Pflege-/Betreuungskraft ist es hilfreich, die Bedürfnisse der zu betreuenden Person zu kennen. Hierfür möchten wir Sie unterstützen und erfassen zu diesem Zweck die Gesundheitsdaten und andere Daten zu speziellen Bedürfnissen und Anforderungen der zu betreuenden Person.

Wir werden diese Daten an unsere Kooperationspartner in Deutschland und Osteuropa weitergeben. Sofern Sie einen entsprechenden Vertrag abschließen und weiterhin eine Kommunikation über uns führen möchten, möchten wir im Rahmen dieser Kommunikation auch weiterhin Gesundheitsdaten verarbeiten und im erforderlichen Umfang an Vertragspartner in Deutschland/Osteuropa weitergeben. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Weiterhin ist es erforderlich, dass die zu betreuende Person, sofern diese nicht Sie selbst sind, in die Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten, vor allem der Gesundheitsdaten, an die vertretende Angehörige einwilligt. Wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen, werden wir keine Gesundheitsdaten verarbeiten und an Dienstleister weitergeben. Dies führt jedoch im Normalfall dazu, dass wir Ihnen eine Dienstleistung nicht anbieten können.

Die Weitergabe der personenbezogenen Daten (inklusive Gesundheitsdaten) erfolgt bis zu einem Widerruf Ihrer Einwilligung. Sie können diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie uns jederzeit unter den angegebenen Kontaktdaten erreichen. Natürlich haben Sie darüber hinaus auch ein Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren. Wir sind rechtlich verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen. Mehr Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen für Kunden und Geschäftspartner.

## Einwilligungserklärung

Vorname und Nachname: \_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Pflegewelt24.com Gesundheitsdaten von mir verarbeiten und im vorab genannten Umfang an Kooperationspartner in Deutschland und Osteuropa weitergeben darf. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass Pflegewelt24.com Gesundheitsdaten von mir mit den genannten Angehörigen austauschen darf. Ich bestätige hiermit, dass die zu betreuende Person/en die Weitergabe der gesendeten Daten/Gesundheitsdaten zugestimmt hat.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:\_\_\_\_\_  
Unterschrift zu betreuende Person / Bevollmächtigte:

## Auflistung der vertretungsberechtigten Angehörigen

Name, Kontaktdaten (Telefon/E-Mail): \_\_\_\_\_