

# Erfassung Ihrer Anforderungen

Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und geben Sie uns einen Einblick in die Situation vor Ort und Ihre Anforderungen an die 24-Stunden-Pflege. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

## 1. Angaben zur Kontaktperson

Frau  Herr

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur Pflegeperson

Frau  Herr

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

## 3. Wohnsituation der Pflegeperson

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

Wenn Nein, wie weit entfernt und wie häufig erfolgen Besuche:

Zimmerausstattung der Betreuungskraft:

eigenes Bad  Tisch  Schrank  Radio  TV  PC

Internetanschluss:

vorhanden  kann eingerichtet werden  Nein, nicht möglich

# Erfassung Ihrer Anforderungen

## 4. Medizinische Situation

Pflegegrad:      kein Pflegegrad       1       2       3       4       5   
 beantragt       1       2       3       4       5

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien       | <input type="checkbox"/> Depression                  | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose    |
| <input type="checkbox"/> Asthma          | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Osteoporose          |
| <input type="checkbox"/> Arthrose        | <input type="checkbox"/> Diabetes (Insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Parkinson            |
| <input type="checkbox"/> Demenz (leicht) | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                 | <input type="checkbox"/> Rheuma               |
| <input type="checkbox"/> Demenz (mittel) | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz            | <input type="checkbox"/> Schlaganfall         |
| <input type="checkbox"/> Demenz (schwer) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung         | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus       | <input type="checkbox"/> Hypertonie                  | <input type="checkbox"/> Tumor                |

Sonstige: \_\_\_\_\_  
bei Tumor-Erkrankung bitte hier genaue Form angeben

Leidet die Pflegeperson an ansteckenden Krankheiten?

Nein       Ja: \_\_\_\_\_

## 4.1 Mobilität

Ist die Pflegeperson bettlägerig?      Ja       Nein

Wenn Ja, muss die Pflegeperson gelagert werden? Ja       Nein

Gehen:      selbstständig       am Hilfsmittel       am Hilfsmittel mit Unterstützung       nicht möglich

Stehen:      selbstständig       am Hilfsmittel       am Hilfsmittel mit Unterstützung       nicht möglich

Benötigt die Pflegeperson Hilfe beim Transfer (bspw. in den Rollstuhl)?

Nein       Unterstützung       vollumfänglich

Falls ein Transfer notwendig ist, unterstützt die Pflegeperson dabei aktiv?

Nein       mit den Armen       mit den Beinen

Benötigt die Pflegeperson Hilfe beim Treppensteigen?

Nein       Unterstützung       vollumfänglich

Benötigt die Pflegeperson Hilfe beim An- / Auskleiden?

Nein       Unterstützung       vollumfänglich

Vorhandene Hilfsmittel:

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehstock  | <input type="checkbox"/> Patientenlifter | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Rollator  | <input type="checkbox"/> Hublift         | <input type="checkbox"/> Treppenlift       |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Hebegurt        | <input type="checkbox"/> Elektromobil      |
| <input type="checkbox"/> Krücken   | <input type="checkbox"/> Pflegebett      | <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe      |

# Erfassung Ihrer Anforderungen

## 4.2 Körperpflege

Benötigt die Pflegeperson Unterstützung bei der Körperpflege?

Duschen / Baden	Nein <input type="checkbox"/>	Unterstützung <input type="checkbox"/>	vollumfänglich <input type="checkbox"/>
Intimpflege	Nein <input type="checkbox"/>	Unterstützung <input type="checkbox"/>	vollumfänglich <input type="checkbox"/>
Mundpflege	Nein <input type="checkbox"/>	Unterstützung <input type="checkbox"/>	vollumfänglich <input type="checkbox"/>
Handpflege	Nein <input type="checkbox"/>	Unterstützung <input type="checkbox"/>	vollumfänglich <input type="checkbox"/>
Fußpflege	Nein <input type="checkbox"/>	Unterstützung <input type="checkbox"/>	vollumfänglich <input type="checkbox"/>
Haarpflege	Nein <input type="checkbox"/>	Unterstützung <input type="checkbox"/>	vollumfänglich <input type="checkbox"/>
Wird die Pflegeperson im Bett gewaschen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Inkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Urininkontinenz <input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/>
chronische Durchfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Vorhandene Hilfsmittel:			
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Inkontinenzvorlage	
<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> WC-Stuhl	
Erhalten Sie Pflegehilfsmittel zum Verbrauch? (Desinfektionsmittel, Handschuhe usw.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

## 4.3 Kommunikation & Orientierung

Hören	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Sehen	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Sprechen	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Zeitlich	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Örtlich	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Persönlich	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>	teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Zeigt die Pflegeperson herausfordernde Verhaltensweisen (bspw. Aggression)?

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Welche Wesenszüge beschreiben die Pflegeperson?

Welche Interessen hat die Pflegeperson?

Vorhandene Hilfsmittel:

Hörgerät  Sehhilfe  Taststock

# Erfassung Ihrer Anforderungen

## 4.4 Ernährung

Benötigt Pflegeperson Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme?

Nein  Unterstützung  vollumfänglich

Muss die Trinkmenge überwacht werden? Ja  Nein

Leidet die Pflegeperson an Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja  Nein

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

Besondere Kostform: \_\_\_\_\_

## 5. Anforderungen an die Pflegebetreuung?

Profil: Frau  Mann  egal

Welche Wünsche/Erwartungen haben Sie an die Pflegebetreuung?

---

Sprachkenntnisse

Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Befriedigend <input type="checkbox"/>	Ausreichend <input type="checkbox"/>	sehr gering <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>
Sprechen & Verstehen fließend	Einfache Gespräche möglich	Kommunikationsfähig	einzelne Worte	kaum Worte	

Soll die Pflegebetreuung einen Führerschein besitzen?

Ja  wünschenswert  nicht relevant

Zur Verfügung steht ein Fahrzeug mit: Schaltgetriebe  Automatikgetriebe

Ist der Betreuungskraft das Rauchen gestattet?

Ja  nur im Freien  Nein

## 6. Aufgaben der Pflegebetreuung

<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung
<input type="checkbox"/> Einkäufe	<input type="checkbox"/> Pflege der Pflanzen	<input type="checkbox"/> Arztbesuche
<input type="checkbox"/> Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> Gemeinsame Spaziergänge	<input type="checkbox"/> Medikamentengabe
<input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung	<input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

Gibt es Aufgaben die von einem Pflegedienst übernommen werden?

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Besucht die Pflegeperson eine Tagespflegeeinrichtung? (Wenn Ja, wie häufig?)

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

# Erfassung Ihrer Anforderungen

## 6.1. Nachteinsätze

- Sind Nachteinsätze erforderlich?      täglich       gelegentlich       nie
- Leidet die Pflegeperson an Schlafstörungen?    Nein       gelegentlich       häufig
- Werden Schlafmittel eingenommen?      Nein       gelegentlich       häufig

Welche Tätigkeiten fallen an und wie häufig pro Nacht?

---

Wie kann die Pflegeperson die Betreuungskraft nachts erreichen?

Hausnotruf       noch kein Hilfsmittel

Nachtruhe:      Von \_\_\_\_\_ Uhr      Bis \_\_\_\_\_ Uhr

## 7. Schlussbemerkungen

Haben Sie bereits Erfahrung mit 24-Stunden-Betreuung?      Nein       Ja

Wann soll die Pflegebetreuung anreisen?

in 1 Woche       in 2 Wochen        Wunschdatum: \_\_\_\_\_ noch unklar

In welchem Budgetrahmen dürfen wir für Sie Pflegebetreuung finden?

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 Carea24 aufmerksam geworden?

Suchmaschine       Branchenbuch       Paketbeilage       Radio  
 Weiterempfehlung       Social Media       Magazin       TV  
 Bewertungsportal       Postwurfsendung       Plakat       Sonstige: \_\_\_\_\_

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und ausschließlich zur Angebotserstellung an Dritte (z.B. unsere osteuropäischen Partneragenturen) weitergeleitet. Bitte senden Sie dieses Formular per E-Mail oder Post an die u.g. Adresse. 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 Bearbeitung der Interessentenanfrage durch Carea24 kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist an Carea24 der Robosurf Service GmbH, Pestalozzistr. 25, 22305 Hamburg zu richten. Durch Ihre Unterschrift kommt kein Vertrag zustande. Die Angebotserstellung ist unverbindlich und kostenlos.

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten

# Erfassung Ihrer Anforderungen

## Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung ihrer Daten durch Carea24 („Pflegehilfe“)

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 Pflegehilfe gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Pflegehilfe versichert, dass die von uns durchgeführte elektronische Datenverarbeitung auf der Grundlage geltender Gesetze, insbesondere der Verordnung (EU) 2016/679 erfolgt und für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses über die Vermittlung bzw. die Pflege notwendig ist. 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.

### 2. Verarbeitung und Weiterleitung an Partneragenturen

Die vorstehenden Daten werden zunächst hinsichtlich der zu pflegenden Personen an ausgewählte Partneragenturen in Polen, die die Pflegekräfte in Polen auswählen, weitergegeben. Wird eine adäquate Pflegekraft nicht gefunden, geben wir keine weiteren Daten weiter. Die polnische Partneragentur löscht dann die weitergegebenen Daten unverzüglich. Wir fragen dann hinsichtlich der Pflegekraft bei einer weiteren Partneragentur an. Wird eine adäquate Pflegekraft von der Partneragentur vorgeschlagen, so geben wir die weiteren oben genannten personenbezogenen Daten an die betreffende Partneragentur weiter. Die betreffende Partneragentur schließt dann unter unserer Vermittlung mit Ihnen einen Pflegevertrag, wofür die Partneragentur die erhobenen weiteren Daten benötigt.

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

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Pflegehilfe (Vertragspartner) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Pflegehilfe (Vertragspartner) 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 oder per Fax an Pflegehilfe (Vertragspartner) übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

- Ich willige in die vorstehend beschriebene Nutzung meiner Daten ein.
- Ich willige ein, dass Pflegehilfe mit mir per E-Mail kommuniziert und ggf. auch weitere Informationen zukommen lässt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Kunden / Bevollmächtigten

**Carea24 ist ein Service der Soma Healthcare Ltd., London - über 30 Jahre Erfahrung in der häuslichen Pflege, jetzt auch in Deutschland.**