

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 ☐

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 |

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 ☐ Nein ☐

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:

<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Sehhilfe	<input type="checkbox"/> Taststock
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

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 ☐
Sprechen &
Verstehen fließend

Gut ☐
Einfache
Gespräche möglich

Befriedigend ☐
Kommunikationsfähig

Ausreichend ☐
einzelne Worte

sehr gering ☐
kaum Worte

keine ☐

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

☐ Kochen

☐ Bügeln

☐ Freizeitgestaltung

☐ Einkäufe

☐ 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: _____

Gibt es Aufgaben die von einem Pflegedienst übernommen werden?

Nein ☐

Ja: _____

Pflegedienst: _____

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

Nein ☐

Ja: _____

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