

Bei einem Vertragsabschluss wird dieses Formular ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Wir sichern Ihnen zu, dass die Daten vertraulich behandelt werden. Die Weitergabe Ihren Angaben ist nur zur Sicherung der Erbringung der Leistung und nur in einem absolut notwendigen Ausmaß zulässig.

Ab wann soll die Betreuung stattfinden? _____
 Gewünschte Dauer der Betreuung: _____

I. Daten der zu betreuenden Person:

Allgemeine Angaben:

Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname:	
Nachname:	
Geburtsdatum:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefonnummer Festnetz:	
Telefonnummer Mobil:	
Gewicht / Körpergröße:	

Angaben zum Gesundheitszustand

Gesundheitsmerkmale

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |

ggf. weitere Gesundheitsmerkmale: _____

Urinkontrolle: kontinent inkontinent teilweise inkontinent (z.B. in der Nacht)

Hilfsmittel: Windeln Katheter Urinflasche Vorlagen

Stuhlkontrolle: kontinent inkontinent teilweise inkontinent (z.B. in der Nacht)

Hilfsmittel: _____

Anfrageformular für Angebotserstellung



Betreuung in der Nacht: nein selten, in der Regel nicht ja

Wenn ja, in welcher Form, wie oft: _____

Mobilität: selbständig selbständig mit Rollator im Rollstuhl
 überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

ggf. Zusatzinformationen: _____

Falls zutreffend – Transfer Bett / Rollstuhl:

selbständig hilft mit komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel in der Wohnung / im Haus:

Krankenbett Rollator Rollstuhl
 Toilettenstuhl Badewannenlift Treppenlift

Pflegegrad: keiner 1 2 3 4 5

Wurde wegen Veränderung des Gesundheitszustandes die Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt? ja nein

Erfolg z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst? nein ja Wenn ja – wie oft, welche Leistungen?

Der Pflegedienst wird weiterhin kommen: ja nein ggf. Zusatzinformationen: _____

Hilfestellung / Betreuung notwendig bei:

An- und Auskleiden Körperpflege
 Baden / Duschen Windeln wechseln Toilettengang
 Essen / Trinken Wäschepflege Wohnungsreinigung
 Spazierengehen Mahlzeitenzubereitung Einkaufen

Sonstiges: _____

Wohnsituation:

Die Person wohnt alleine: ja nein, mit _____

Angaben zum Haushalt: Wohnung Haus Garten

Haustiere: nein ja wenn ja, welche? _____

II. Angaben zur Kontaktperson / zum Auftraggeber:

Vorname:	
Nachname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Ort:	
Telefonnummer Festnetz:	
Telefonnummer Mobil:	
E-Mail -Adresse:	
Verwandtschaftsgrad:	
Bevollmächtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Im Falle des Zustandekommens des Vertrages

Wer soll der Vertragspartner werden? die Kontaktperson die zu betreuende Person

Versand der Rechnung an die E-Mail -Adresse: der Kontaktperson
 andere: _____

Rechnungsstellung per Post: ja, an die adresse der Kontaktperson
 ja, an die Adresse der zu betreuenden Person
 nein, ist nicht notwendig

III. Anforderungen an das Betreuungspersonal:

Geschlecht: Frau Mann irrelevant

Alter: bis 35 35-50 ab 50 irrelevant

Führerschein und Fahrerfahrung: nein ja gern gesehen, jedoch nicht ausschlaggebend

Sonstige Wünsche / Anforderungen an das Betreuungspersonal:

IV. Unterkunft der Betreuungskraft:

Der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer | <input type="checkbox"/> eigenes WC | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Internet kann eingerichtet werden |
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Badmitbenutzung | <input type="checkbox"/> Fernseher | <input type="checkbox"/> Fahrrad |
| <input type="checkbox"/> Flatrate für polnisches Tel.-Festnetz | | | |

V. Weitere Angaben:

Schreiben Sie uns bitte, falls vorhanden, einen kurzen Tagesablauf der zu betreuenden Person:

(hier ist auch Platz für alle anderen Informationen, die Sie uns ggf. noch mitteilen möchten)

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe von personenbezogenen Daten

Die Erhebung der in diesem Formular abgefragten personenbezogenen Daten erfolgt um die Ausführung unserer Dienstleistungen zu ermöglichen. Diese Daten werden auf dem Rechner von Richard Miosga (pflegedaheim-24) gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden auf dem Rechner von Richard Miosga (pflegedaheim-24) gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Falls es zu einem vertraglichen Verhältnis zwischen Ihnen und uns sowie einem unserer Kooperationspartner kommen wird, bleiben die Daten so lange gespeichert, bis der Vertragsverhältnis erlischt und soweit der Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Bei Nichtzustandekommen eines Vertragsverhältnisses werden die Daten unverzüglich nach der Bekanntgabe dieser Entscheidung gelöscht.

Weitergabe der personenbezogenen Daten

Die personenbezogenen Daten werden **an unsere Geschäftspartner in Polen** weitergegeben werden, damit Ihnen anhand dieser Daten ein individuelles Betreuungsangebot unterbreitet werden kann. Diese Geschäftspartner sind ihrerseits ebenfalls verpflichtet im Rahmen DSGVO die entsprechenden technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Schutz Ihrer Daten umzusetzen.

Zweck der Datenerhebung

Die personenbezogenen Daten werden **nur für den Zweck erhoben und verarbeitet**, um Ihnen ein für Ihren Bedarf vorbereitetes Betreuungsangebot unterbreiten zu können.

Nutzerrechte

- Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung **nicht zuzustimmen**.
- Sie haben das Recht eine erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu **widerrufen**. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie von uns eine **detaillierte Auskunft** über den Umfang der von uns gespeicherten Daten und der vorgenommenen Datenerhebung verlangen.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Da unsere Dienstleistungen auf die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten aus diesem Formular angewiesen sind, wird eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme der Dienstleistung ausschließen.

Kontakt:

Auskunftsanfragen, Beschwerden und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

Richard Miosga
Nornenstr. 10a
90461 Nürnberg

Zustimmung zur Einwilligungserklärung

Hiermit versichere ich der Erhebung und der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zuzustimmen und über meine Rechte belehrt worden zu sein:

Datum, Unterschrift:

Ich versichere, dass die im Formular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Datum und Ort:

Name (lesbar),

Unterschrift:

ausgefüllt bitte senden an: [Richard Miosga, Nornenstr. 10a, 90461 Nürnberg](mailto:Richard.Miosga@pflegedaheim-24.com)
oder per E-Mail an: kontakt@pflegedaheim-24.com