

Kontaktperson (Auftraggeber)

Vorname / Name _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger Vater Mutter _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon Fax _____

E-Mail _____

Vollmacht Gesetzlicher Betreuer

Leistungsempfänger

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Leistungsempfänger

Größe _____ cm Gewicht _____ kg
Alter _____ Jahre Postleitzahl _____
Geschlecht männlich weiblich Ort _____
Raucherhaushalt ja nein Patient ist Raucher ja nein

Weitere Mitglieder im Haushalt _____

Hauswirtschaftliche Versorgung für 2. Person? ja nein
Unterstützt das Familienmitglied die Betreuungskraft? ja nein
Benötigt ein weiteres Familienmitglied aktive Betreuung? ja nein
Wohnen weitere Familienmitglieder in der Nähe ja nein

Hausarzt _____

Krankenkasse _____

Pflegebedürftigkeit keinen Pflegegrad 1 2 3 4 5

seit wann? _____ beantragt 1 2 3 4 5

Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung? ja nein soll beibehalten werden

Name des Pflegedienstes, Telefon _____

wie oft täglich, für welche Tätigkeiten _____

Hausnotruf? ja nein geplant

Schlüssel hinterlegt bei _____

Krankheitsbilder

- | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Allergie |

Sonstige _____

Wer sortiert (stellt) die Medikamente Apotheke Pflegedienst Familie

Grundsätzliche Fragen:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die zu betreuende Person bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muss die zu betreuende Person gelagert werden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Falls „ja“, welche? _____

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche? _____

Kommunikation - Orientierung

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

Hilfsmittel: Brille Hörgerät Sonstige _____

Bemerkungen _____

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

Bemerkungen _____

Mobilität

Gehen: uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Bemerkungen _____

Stehen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Bemerkungen _____

Hilfsmittel Stock Nachtstuhl Rollator
 Pflegebett Dekubitus-Matratze ebenerdige Dusche
 Patientenhilfe Treppenlift Rollstuhl
 Badewannenlift
 Sonstige _____

Transfer nicht nötig Patient hilft nicht mit
 Patient braucht nur Unterstützung muss gehoben werden
 Patient hilft mit Transfer nur mit Patientenlift

Bemerkungen _____

Hygiene

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt	Hilfe	Anleitung
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hand-Fußpflege Familie Fußpflege kommt

Bemerkungen _____

Ausscheidungen

	Ja	gelegentlich	nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

	Ja	nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windelpants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige _____

Hilfsmittel zum Verbrauch (40 Euro)

vorhanden nicht vorhanden Pflegebox ja nein

Kleidung

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden ja nein
Kleidung muss auf jahreszeitliche Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden ja nein

Essen - Trinken

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen - Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PEG Sonde ja nein

Ernährungszustand

Normal
 Unterernährt
 Adipös
 Entwässert

Kostform

Normal
 Vollwert
 Vegetarisch
 Diabeteskost

Trinkmenge

Normal
 Wenig
 Viel
 zum Trinken animieren

Essen, gerne: _____

Essen, nicht gerne: _____

Trinken, gerne: _____

Ruhe - Schlafen

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen: ca. _____ Uhr		Mittagsschlaf: von _____ bis _____	
Aufstehen: ca. _____ Uhr			

Nächtliche Einsätze (Toilettengang)

Wie oft: _____

Hilfe von der Betreuungskraft benötigt: ja nein

Therapie - Beschäftigung

Ergotherapie _____ pro Woche

Musiktherapie _____ pro Woche

Beschäftigungstherapie _____ pro Woche

Logopädie _____ pro Woche

Krankengymnastik _____ pro Woche

Sonstige _____

Tagespflege _____ pro Woche

Ehrenamtliche Helfer _____ pro Woche

Familienmitglieder _____ pro Woche

Hobbies - Interessen (Musik, Fernsehen, Natur/Garten, Spaziergehen, Spiele, Malen, Haushalt)

Stimmungen: ängstlich gereizt euphorisch
 labil ausgeglichen apathisch

Wesenszüge (lieb, geduldig, bescheiden, umgänglich, zurückhaltend, offen, bestimmend, fordernd, störrisch)

Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: schnellstmöglich zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: unbefristet bis _____

Gewünschtes Alter: 25 - 45 älter als 45 egal

Geschlecht: Frau Mann egal

Sprachkenntnisse einfache mittlere gute
 sehr gute

Führerschein wichtig Schaltung Automatik

Raucher nein ja (nur draußen) unwichtig

Wichtig _____

Einführung in die Gemeinde (Wichtig)

(Wege für Spaziergänge, Fahrt zum Hausarzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten usw.)

Von: _____

Aufgaben der Betreuungskraft

Einkaufen gehen

Kochen

Wäsche waschen

Bügeln

Reinigung des Wohnbereichs

Arztbesuche organisieren

Begleitung zum Arzt

Grundpflege

Spazieren gehen

Gemeinsame Ausflüge

Freizeitgestaltung

Pflege der Zimmerpflanzen

Auto fahren

Gibt es Haustiere? ja nein

wenn ja, welche _____

Wer soll die Haustiere versorgen? Familie Betreuungskraft

Ort und Wohnsituation

- | | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Garten |
| <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Zimmeranzahl _____ | <input type="checkbox"/> Balkon |
| <input type="checkbox"/> Barrierefrei | <input type="checkbox"/> Fahrstuhl | Etage _____ |

Ausstattung

- einfach gehoben luxuriös

Ort

- Dorf Kleinstadt Stadt große Stadt
- _____ Einwohner _____ Einwohner _____ Einwohner _____ Einwohner

Wohnlage

- sehr ruhig ruhig belebt sehr belebt

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min. von der Familie erledigt

Bus / Bahn Situation:

- sehr gut gut unzureichend

Unterkunft der Betreuungskraft

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> eigenes WC |
| <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> Computer | <input type="checkbox"/> eigener Wohnbereich |
| <input type="checkbox"/> Schrank | <input type="checkbox"/> Internet (Wlan) | <input type="checkbox"/> eigenes Bad |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> mit Balkon | <input type="checkbox"/> gemeinsames Bad |

Bemerkungen: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Anwesend bei der Erstellung des Betreuungsfragebogens

Kunde (Patient) Kontaktperson/Angehörige Pflegedienst

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten ausschließlich zum Zwecke der Vermittlung einer Betreuungskraft einverstanden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich an die Tempores UG, Schützenstraße 1, 65817 Eppstein zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht.

Über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wurde ich durch eine Anlage gem. Art 13 DS - GVO informiert.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehöriger) _____

Unterschrift Tempores UG _____

Datenschutzerklärung / Einverständniserklärung

Hiermit willige ich in die Erhebung, Verarbeitung der von mir oben angegebenen Personalangabe und Gesundheitsdaten durch die tempores UG zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein.

Einverständnis zu eigenen Marketingzwecken

Meine personenbezogenen Daten werden an Tempores UG weitergeleitet und dazu verwendet, mich per E-Mail oder telefonisch zu Zwecken des Direktmarketings zu kontaktieren (nach Art. 172 des Gesetzes zum Telekommunikationsrecht vom 16. Juli 2004, umgesetzt aufgrund der Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutzrichtlinie)).

Ich bin damit einverstanden Ich bin **nicht** damit einverstanden

Kunde bzw. Bevollmächtigter / Betreuer

Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben jederzeit Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können diese jederzeit ändern und löschen lassen. Der Verwalter Ihrer Personendaten ist tempores UG mit Sitz in der Schützenstraße 1 in 65817 Eppstein. Die Daten werden zum Zweck der Betreuungsdienstleistungen verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des oben genannten Zwecks und zum Schutz Ihrer Gesundheit. Sie haben das Auskunfts- und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ja, ich möchte regelmäßig Interessante Angebote per Post, Email oder SMS über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von mir gegenüber tempores UG angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit die Daten an die Kooperationspartner weitergegeben werden, damit diese die Daten mir gegenüber zu Beratungszwecken verwenden können, habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen.

Ich bin damit einverstanden

Ich bin **nicht** damit einverstanden

Kunde bzw. Bevollmächtigter / Betreuer

Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Vertragsabschluss mit der tempores UG und dessen Kooperationspartner nicht von der Erteilung dieser Einwilligung abhängt. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der tempores UG formlos widerrufen kann.