

Bedarfserfassung

Diese ausführliche Bedarfserfassung ist ein wichtiger Bestandteil für die Ermittlung einer geeigneten Betreuungskraft. Nehmen Sie sich ein wenig Zeit und versuchen Sie, die folgenden Fragen/Angaben so genau wie möglich zu beantworten. Je genauer und ausführlicher die Informationen sind, umso besser können wir eine geeignete Betreuungskraft für Sie finden. Alle von Ihnen genannten Daten werden absolut vertraulich behandelt.

Wir sind erreichbar per E-Mail: info@casi-care.de oder Telefonisch unter **02365-698 0 677**.

Diese Seiten mit den personenbezogenen Daten werden nur intern verwendet und nicht weitergegeben. Ihre Anfrage wird anonymisiert bearbeitet.

Gewünschter **Betreuungsbeginn**: Schnellstmöglich ab Datum _____

1. ANGABEN ZU AUFTRAGGEBER (GLEICHZEITIG HAUPTKONTAKT)

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person _____

Bevollmächtigter Nein Ja (Vollmacht bitte beifügen)

2. WETERER ANSPRECHPARTNER

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person _____

Bevollmächtigter Nein Ja (Vollmacht bitte beifügen)

3. ANGABEN ZUM LEISTUNGSEMPFÄNGER

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Größe (cm) _____ Gewicht (Kg) _____

Familienstand: alleine lebend

Verheiratet

Verwitwet

in Gemeinschaft lebend

Konfession: evangelisch

katholisch

andere: _____

**Wenn eine zweite im Haushalt lebende Person zu betreuen ist, bitte einen weiteren
Betreuungsfragebogen ausfüllen.**

WIEVIELE PERSONEN LEBEN IM HAUSHALT?

Die Person lebt alleine, eine weitere Person lebt nicht im Haushalt.

Die Person lebt mit einer weiteren Person im Haushalt. Die weitere Person ist nicht hilfsbedürftig. Einfache hauswirtschaftliche Dinge werden für beide Personen erbracht.

Die weitere Person ist auch hilfsbedürftig. Einfache hauswirtschaftliche Dinge und Unterstützung bei der Grundpflege werden für beide Personen erbracht. Bitte einen weiteren Betreuungsfragebogen ausfüllen.

ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Pflegegrad keinen 1 2 3 4 5 beantragt

Ambulanter Pflegedienst: _____

Kommt wie oft für welche Tätigkeiten? _____

Kommt weiterhin ja nein

Hauptgrund für die Betreuungsbedürftigkeit: _____

(Behandlungspflege nach SGB V muss immer von einem ambulanten Pflegedienst oder ärztlicherseits erbracht werden. Ihre Betreuungskraft darf keine Behandlungspflege durchführen)

FOLGENDE KRANKHEITSBILDER LIEGEN VOR

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Durchfälle chronisch | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Depression / Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Kognitive Einschränkungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Rheuma | |
| <input type="checkbox"/> beginnende, leichte Demenz | <input type="checkbox"/> mittlere Demenz | <input type="checkbox"/> fortgeschrittene Demenz |
| <input type="checkbox"/> altersbedingter reduzierter Allgemeinzustand ohne Diagnose | | |
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheit? <input type="checkbox"/> Suchtkrankheit? | | |

Seit wann besteht die Krankheit und wie ist ihre Ausprägung?

KOMMUNIKATION

- Sprechen: sensorische Aphasie spricht wenig stumm
Hören: uneingeschränkt leicht schwer
Sehen: uneingeschränkt fehlsichtig, Sehvermögen % _____

EINSCHRÄNKUNGEN IN DER ORIENTIERUNG

- | | | | |
|--------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Ort | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> immer |
| Zeit | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> immer |
| Person | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> immer |

Hinlauftendenz / Weglauftendenz: ja nein

SICH BEWEGEN

- | | | | |
|----------------|------------------------------|--|-----------------------------------|
| Stehen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Gehen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> schlecht |

Beschreiben Sie bitte, wie der Patient sich bewegt: _____

TRANSFER (WIE VIEL UNTERSTÜTZUNG BEIM AUFSTEHEN / UMSETZEN VON STUHL UND BETT NÖTIG IST)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transfer ist nicht notwendig | <input type="checkbox"/> Patient*in benötigt leichte Unterstützung |
| <input type="checkbox"/> Patient*in hilft aktiv mit | <input type="checkbox"/> Patient*in muss gehoben werden |
| <input type="checkbox"/> Transfer mit Transferlift möglich | |

Transfer Hinweise: _____

VORHANDENE HILFSMITTEL

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Duschstuhl/Hocker |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Lagerungshilfe |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Orthese | <input type="checkbox"/> Patientenlift/Transferlift |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Prothese |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Urinflasche |
| <input type="checkbox"/> Vorlagen | <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | | |

Anmerkungen: _____

AN- UND AUSKLEIDEN

- | | | | |
|------------|--------------------------------------|--|--|
| Ankleiden | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| Auskleiden | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |

GRUNDPFLEGE / KÖRPERPFLEGE

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Baden / Duschen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| Waschen am Waschbecken | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| Gesichtspflege | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| Mundpflege / Zahnpflege | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| Intimpflege | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| Oberkörper | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |
| Hände waschen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> unselbständig |

INKONTINENZ

- | | | | |
|------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein |
| Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein |

ESSEN UND TRINKEN

- keine Einschränkungen Vollkost vegetarisch passierte Kost
 PEG-Sonde Schluckstörung

Nahrungsmittelallergien: _____

Benötigt Hilfe bei der Nahrungszubereitung: _____

Benötigt Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: _____

Diabetes/spezielle Diät: _____

Ernährungszustand: normal übergewichtig untergewichtig

Trinkmenge: trinkt selbstständig ausreichend braucht Anregung

Anmerkungen: _____

WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR DIE BETREUUNG UND DEM UMGANG MIT DER ZU PFLEGENDEN PERSON IST:

Aggressivität: _____

Angstzustände: _____

Gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus: _____

- Hilfsbedürftige Person benötigt eine direkte Ansprache Körperpflege wird zugelassen
 Apathie Starke Unruhe Hilfsbedürftige Person will in Ruhe gelassen werden

Tagesstruktur - Beschreiben Sie einen typischen Tagesablauf in Stichpunkten:

Aufstehen ca.: _____ Uhr Mittagsschlaf: _____ Uhr

Morgens: _____

Mittags: _____

Abends: _____

HOBBIES UND INTERESSEN

HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG

Wohnsituation:

- Großstadt zentral Großstadt abgelegen Kleinstadt Dorf/Land
 Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Wohnfläche ca.: _____ Garten vorhanden: ja nein

Einkaufsmöglichkeiten Entfernung zu Fuß: _____

Haustier? _____

VORAUSSETZUNG- FINANZEN UND ARBEITSMITTEL

Alle Arbeitsmittel die in einem Haushalt benötigt werden sind vorhanden (Staubsauger, Handfeger, Wischmopp, Putzmittel und Tücher, etc.).

Es steht ein angemessenes Haushaltsbudget für Mahlzeiten (handelsübliche Lebensmittel), gemeinsame Freizeitaktivitäten und Fortbewegung (z.B. ÖPNV) zur Verfügung. Als Richtwert sehen wir hier 100,-€ pro Woche bei einem 2-Personenhaushalt.

AUSSTATTUNG DES ZIMMERS DER BETREUUNGSKRAFT

- eigenes Zimmer eigener Wohnbereich
 gemeinsames Bad eigene Toilette oder Bad
 Balkon / Terrasse TV
 WLAN vorhanden (Internet)

Informationen: _____

FREIZEIT AUSGLEICH FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Es ist wichtig, dass die Betreuungskraft ausruhen und abschalten kann. Denn nur wer gut regeneriert ist, kann auf Dauer gut pflegen und betreuen. Dies wird bei der Anreise mit der Betreuungskraft besprochen und festgelegt. Bitte beachten Sie: pro Woche steht der Betreuungskraft 1 freier Tag zur Verfügung. Die Situation kann variabel gestaltet werden, bitte sprechen Sie sich diesbezüglich direkt mit der Betreuungskraft ab. Die Arbeitszeit pro Woche ist längstens 40 Stunden und setzt sich aus der tatsächlichen Arbeit und Bereitschaftszeit zusammen.

Geht der Patient in die Tagespflege? ja nein

Wird der Patient zuhause stundenweise betreut? ja nein

An welchen Tag(en) von wann bis wann? _____

WÜNSCHE ZUR BETREUUNGSKRAFT

Welche Erwartungen/Vorstellungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Was ist Ihnen an der Betreuung wichtig?

AUFGABEN DER BETREUUNGSKRAFT IM HAUSHALT

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> kochen | <input type="checkbox"/> einkaufen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen |
| <input type="checkbox"/> bügeln | <input type="checkbox"/> gemeinsame Spaziergänge | <input type="checkbox"/> gemeinsame Ausflüge machen |
| <input type="checkbox"/> Wohnumfeld putzen | <input type="checkbox"/> Begleitung bei Arztbesuchen | <input type="checkbox"/> Pflanzen gießen |

Informationen: _____

BETREUUNGSBEGINN UND DAUER

gewünschter Beginn: _____ gewünschte Dauer: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ihre Anmerkungen und Wünsche an CASICARE:

INFO SPRACHKENNTNISSE DER BETREUUNGSKRAFT

Bitte beachten Sie, dass die Sprachkenntnisse der Betreuungskräfte aus Osteuropa nicht mit unseren Sprachkenntnissen in Deutschland vergleichbar sind.

GERINGE DEUTSCHKENNTNISSE

Die Betreuungskraft verfügt über geringe Deutschkenntnisse. Sie versteht und spricht einfache Wörter und kurze Sätze (2-Wort-Satz, z.B. „Du einkaufen“). Als Hilfsmittel können/ müssen hier z.B. ein Wörterbuch oder mobile Übersetzungshilfe genutzt werden, um sie zu verstehen oder mit ihr zu sprechen.

MITTLERE DEUTSCHKENNTNISSE

Die Betreuungskraft kann im Alltag mit kurzen Sätzen Kommunizieren (ca. 3-Wort-Sätze), z.B. „Ich gehe einkaufen“ oder „Wir essen Hähnchen“. Zur Kommunikation müssen hin und wieder Hilfsmittel (Wörterbuch, mobile Übersetzungshilfe) genutzt werden. Sie kann sich nicht frei unterhalten, also nicht über spontane Dinge sprechen und Sachverhalte schlüssig erläutern.

GUTE DEUTSCHKENNTNISSE

Die Betreuungskraft verfügt über eine gute deutsche Sprache, die im Alltag und beim Unterhalten die Kommunikation sicherstellt. Sie versteht und spricht deutsch in vollständigen Sätzen (4 bis 6 Wörter lang) seltener werden Hilfsmittel (Wörterbuch, mobile Übersetzungshilfe) noch genutzt. Sie kann einer Unterhaltung, die deutsche Muttersprachler führen, folgen, und sich weitestgehend beteiligen. Schreiben und lesen ist mit Einschränkungen möglich.

Bitte berücksichtigen Sie in Bezug auf alle Sprachkategorien, dass es sich um die erworbenen Sprachfähigkeiten einer Person handelt, deren Muttersprache eine andere ist. Beachten Sie bitte ebenfalls, dass die jeweiligen sprachlichen Kompetenzen einer Betreuungskraft in großem Maße von ihrer Persönlichkeit und Erfahrung abhängig sind.

DATENSCHUTZ

Information der betroffenen Personen (Interessierte / Angehörigen / Bevollmächtigte / gerichtlich bestellte Vertreter) bei Direkterhebung (Art. 13 DS-GVO)

VERANTWORTLICHE STELLE:

CASICARE UG (haftungsbeschränkt)
Wangerooger Straße 11, 45772 Marl, Deutschland
Tel.: 02365-698 0 677, E-Mail: info@casi-care.de

GESETZLICHE VERTRETER:

Carsten Wember
Simon Schätzle

DATENSCHUTZBEAUFTRAGTE PERSON:

Simon Schätzle

ANGABEN ZUR VERARBEITUNGSTÄTIGKEIT:

Zweck der Verarbeitungstätigkeit: Datenerfassung zur Vermittlung der geeigneten Pflegeform.

RECHTSGRUNDLAGE DER VERARBEITUNGSTÄTIGKEIT:

Die Verarbeitung ist für die Erfüllung eines Vertrags oder einer vorvertraglichen Maßnahme gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b DS-GVO erforderlich. Eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO liegt vor. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DS-GVO werden erfüllt.

KATEGORIE VON EMPFÄNGERN:

Sonstige Empfänger (Personalagenturen für Pflege- und Betreuungskräfte, Pflegedienste und Heime).

DATENTRANSFER IN EIN DRITTLAND:

Damit wir unsere Leistungen erbringen können, bedienen wir uns der Unterstützung von Diensteanbietern aus dem europäischen Raum als auch aus Drittstaaten. Um den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten auch im Fall der Datenübermittlung in ein Drittland sicherzustellen, schließen wir mit jedem der sorgfältig ausgewählten Diensteanbieter spezielle Auftragsverarbeitungsverträge. Alle von uns genutzten Diensteanbieter verfügen über hinreichende Nachweise, dass Sie die Datensicherheit über geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherstellen. Unsere Diensteanbieter aus Drittländern befinden sich entweder in Ländern, die über ein von der EU-Kommission anerkanntes, angemessenes Datenschutzniveau verfügen (Art. 45 DSGVO) oder haben geeignete Garantien vorgesehen (Art. 46 DSGVO). Zusätzliche Informationspflichten: Speicherdauer der personenbezogenen Daten: 10 Jahre (AO (Löschung nach 10 Jahren. Aufbewahrungsfrist gem. § 147 AO für steuerlich relevante Unterlagen). Vertragsbetreuungsfrist (Kontakt- und Gesundheitsdaten werden während der Vertragsdauer gespeichert, um jederzeit eine Neuvermittlung zu ermöglichen).

RECHTE DER BETROFFENEN PERSON:

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO). Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten.

BESCHWERDERECHT:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten: Sie sind nicht zur Bereitstellung der Daten verpflichtet.

AUTOMATISIERTE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG:

Es erfolgt keine automatisierte Entscheidungsfindung bzw. Profiling.

EINVERSTÄNDNIS ZU EIGENEN MARKETINGZWECKEN

Ja, ich möchte regelmäßig interessante Angebote per Post und E-Mail über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von meiner Seite gegenüber CASICARE angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner weiter- gegeben 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 damit nicht einverstanden.



Unterschrift: _____

KUNDE BZW. BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON / BETREUER

Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Vertragsschluss nicht von der Erteilung dieser Einwilligung abhängt. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber CASICARE formlos widerrufen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gemachten persönlichen Angaben an den CASICARE Kundenservice weitergeleitet und dazu verwendet werden, mich per E-Mail oder telefonisch zu Zwecken eines Beratungsgespräches zu kontaktieren. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ich erhalte jederzeit Auskunft und Zugang zu den von mir hinterlegten Daten und kann diese jederzeit ändern oder löschen lassen. 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 CASICARE, cas-i-care.de zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten der Teilnehmer umgehend gelöscht. Die Informationen entsprechend Artikel 13 DSGVO habe ich erhalten.

Ort, Datum: _____



Unterschrift (Leistungsempfänger, Kontaktperson):