
Kontaktformular

Die nachfolgenden Informationen sind wesentlich für uns, um Ihnen die bestmögliche Betreuung für Ihre Angehörigen zu kommen zu lassen. Sollten Sie Fragen zu diesem Bogen haben, sind wir auch gerne bereit diese mit ihnen in einem persönlichen Gespräch zu erörtern.

Datum :

Name der Kontaktperson :

Straße :

PLZ :

Ort :

Telefon : Mobil :

E-mail :

Fax :

Name der zu betreuenden Person

.....

Straße :

PLZ : Ort :

Telefon : e-mail :

Fax :

Geburtsdatum :

Größe : Gewicht :

Sonstiges:

Wohnverhältnisse der zu betreuenden Person :

Sie/Er wohnt/wohnen alleine	
Zweipersonenhaushalt z.B. Ehepaar	
Mehrere Personen im Haushalt	
Sie/Er bewohnt ein eigenes Haus	
Sie/Er bewohnt eine Wohnung	
Anzahl der Zimmer	
Sind Haustiere vorhanden und zu versorgen ?	
Sind sonstige Arbeiten im Haus / Wohnung erforderlich z.B. Gartenarbeiten, Winterdienste, Reinigungsarbeiten (bitte angeben)	

.....

.....

Welche Erkrankungen liegen vor und welche Grunderkrankungen stehen bei der Betreuung im Vordergrund ?

.....

.....

.....

.....

Besteht für die zu betreuende Person eine Pflegestufe:

Es besteht kein Pflegegrad

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

bitte ankreuzen

Es wurde eine Pflegegrad beantragt:

ja nein

Pflegedienst:

Erfolgt Zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst:

ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

.....

.....

.....

Soll der Pflegedienst weiterhin beschäftigt werden?

ja nein

Gibt es bei der zu betreuenden Person Probleme mit der Kommunikation:

	bitte ankreuzen	ja	nein
Sprachvermögen eingeschränkt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörvermögen eingeschränkt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehkraft eingeschränkt oder erblindet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Hilfsmittel werden eingesetzt ? (bitte angeben)			
.....			
.....			

Gibt es bei der zu betreuenden Person Probleme mit der Bewegung:

	bitte ankreuzen	ja	nein
Normale Beweglichkeit vorhanden, kann selbstständig gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann nur mit Unterstützung z.B. Rollator oder Gehhilfen gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Person ist auf den Rollstuhl angewiesen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Person ist bettlägerig und muss regelmäßig im Bett bewegt werden. Hebertechniken sind erforderlich.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es bei der zu betreuenden Person Probleme beim Treppensteigen:

	bitte ankreuzen	ja	nein
Treppensteigen selbstständig möglich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird Hilfestellung benötigt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenlifte vorhanden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen nicht mehr möglich bzw. Person muss getragen werden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es bei der zu betreuenden Person Probleme beim Transfer:

	bitte ankreuzen	ja	nein
selbstständig möglich			
Hilft mit bzw. Hilfsmittel vorhanden			
Kein Transfer mehr möglich ohne Krankentransport			

Gibt es bei der zu betreuenden Person weitere Besonderheiten:

	bitte ankreuzen	ja	nein
Die Betreuungskraft muss in der Nacht regelmäßig aufstehen			

.....

Weitere Besonderheiten, wissenswertes für die Versorgung

.....

Welche Hilfsmittel sind im Haushalt vorhanden:

	bitte ankreuzen	ja	nein
Pflegebett			
Badewannenlifter			
Dekubitusmatratze			
Rollator			
Treppenlifter			
Rollstuhl			
Transferlifter			

sonstiges:

.....

.....

Welche Hilfen werden benötigt bei der Körperpflege:

	bitte ankreuzen	ja	nein
Baden selbstständig möglich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen selbstständig möglich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen selbstständig möglich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang selbstständig möglich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplett hilfebedürftig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges:			
.....			
.....			

Urinkontrolle:

	bitte ankreuzen	ja	nein
Ist die Person Inkontinent		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Windeln erforderlich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Katheter vorhanden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Vorlagen benötigt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Urinflasche erforderlich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stuhlkontrolle:

Ist die Person inkontinent

bitte ankreuzen

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An und Auskleiden:

Selbstständig möglich

bitte ankreuzen

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Person benötigt Hilfe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Essen/Trinken:

Selbstständig möglich

bitte ankreuzen

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Person benötigt Hilfe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Aktuelle Therapien benötigt die zu betreuende Person aktuell?

.....

.....

.....

Welche Art von Grundpflege benötigt die zu betreuende Person?

Bitte beschreiben sie kurz den aktuellen Tagesablauf.

.....

.....

.....

.....

.....

Anforderungen und Rahmenbedingungen an das Betreuungspersonal

Einsatzbeginn: Einsatzdauer:

Gewünschtes Alter der Betreuungskraft:.....

Was erwarten sie von der Betreuungskraft?

Wie soll die Betreuungskraft auftreten, welche Charakter wünschen sie sich z. B. zurückhaltend, eher lebhaft, bitte kurz darlegen

.....

.....

.....

.....

Über welche Sprachkenntnisse soll die Betreuungskraft verfügen:

Sehr gute z.B.: med. Fachtermina, Behördengänge etc.

Gute z.B.: gehobene Unterhaltung möglich

mittlere: Alltagskommunikation und einfache Unterhaltung möglich

schwache: Alltagskommunikation möglich

geringe: einfaches Sprachniveau eine Unterhaltung ist nur eingeschränkt möglich

Soll die Betreuungskraft über einen Führerschein verfügen:

Ja

Nein

Steht ein Fahrzeug zur Verfügung

Welche Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter/in können sie anbieten:

Eigenes Bad

Bett

Tisch und Sitzgelegenheit

Schrank

Fernseher

Telefon, Flatrate nach Polen

Internet

sonstiges:

.....

.....

.....

Sie wünschen weitere Beratungsleistungen oder Hilfen die über die Vermittlungstätigkeit hinaus geht ?

Gerne erstellen wir Ihnen ein unverbindliches Angebot und stimmen mit Ihnen zusammen die Beratungsleistungen und den Umfang ab.

Sie wünschen Ihre Antwort:

Schriftlich auch per Mail

telefonisch

Persönlich

Unterschrift:

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.
Wir werden die von Ihnen gewünschten Anforderungen prüfen und innerhalb von einer Woche Kontakt mit Ihnen aufnehmen, um Ihnen entsprechende Vorschläge zu unterbreiten.

Ihre Anna Schmitz
Seniorenbetreuung Schmitz

Datenschutzerklärung nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Grundlegendes

Zweck der Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten durch die Seniorenbetreuung Schmitz In der Dell 16, 56593 Horhausen ist die Vermittlung einer Betreuungskraft zur Unterstützung des Auftraggebers oder des vertraglich benannten Dritten im Haushalt. Die Seniorenbetreuung Schmitz nimmt Ihren Datenschutz sehr ernst und behandelt Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung ([DSGVO](#)), hier gemäß Art. 6 Abs. 1 a und b sowie Art. 13 und Art. 14 der DSGVO erhoben.

Kontaktformular

Die Seniorenbetreuung Schmitz erhebt nur solche personenbezogenen Daten, die für die erfolgreiche Bearbeitung Ihres Anliegens unabdingbar erforderlich sind und von Ihnen zur Verfügung gestellt werden. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Datenkategorien: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Familienstand, Staatsangehörigkeit

Das Kontaktformular dient der Basisdatenerhebung und ermöglicht die spätere Auswahl der passenden Betreuungskräfte.

Es werden folgende Daten erhoben, die für die vertragskonforme Erfüllung des Auftrages wesentlich sind: familiäre Situation, Wohnsituation, Ansprechpartner in der Familie mit Anschrift und Telefonnummer, örtliche Gegebenheiten die wesentlichen Einfluss auf die Tätigkeit haben z.B. Treppenhaus vorhanden, Treppenlift, Kranken- und Pflegebett usw. Haustiere vorhanden, Kommunikative Einschränkungen (z.B. Sprachstörung, Taubheit o. ä.)

Des Weiteren werden aktuelle Gesundheitsdaten abgefragt wie z.B. Art der Erkrankung, Therapien und Medikation, allgemeine Mobilität der Person, ist ein Pflegedienst beauftragt, zuständiger Hausarzt, Pflegestufe usw.

Die Beantwortung ist grundsätzlich freiwillig und nicht verpflichtend.

Wo „liegen“ die Daten ?

Die Daten werden in einer Datenbank unseres Unternehmens gespeichert. Die Handakte wird in einem verschließbaren mit Zahlencode gesicherten Schrank aufbewahrt.

Bei Speicherung setzen wir die technische und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen ein, um Ihre Daten vor zufälliger oder vorsätzlicher Manipulation, Verlust, Zerstörung oder Zugriff unberechtigter Personen zu schützen. Unsere Sicherungsmaßnahmen werden entsprechend der technologischen Entwicklung fortlaufend überarbeitet. Unsere Partneragenturen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden schriftlich auf die Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet. Auf Verlangen können diese Datenschutzerklärungen vorgelegt werden.

Allg. Erläuterungen zum Kontaktformular und Weitergabe an Dritte

Die Fragen im Kontaktformular sind wesentlich für ihre optimale und reibungslose Betreuung bzw. die reibungslose Betreuung der/des Angehörigen. *Unbeantwortete Fragen oder nicht korrekt beantwortete Fragen können jedoch zu einer geänderten Betreuungssituation führen und gegebenenfalls eine vertragliche Neuregelung mit der die Betreuungskraft entsendenden Agentur führen.*

Die Nutzung der von Ihnen und ihren Angehörigen hier im Kontaktformular weitergegebenen Daten geschieht jedoch nur mit ihrer ausdrücklichen Genehmigung und unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen nach EU-Datenschutz-Grundverordnung ([DSGVO](#)).

Die erhobenen Daten unterliegen dem berechtigten Interesse zur Erfüllung unserer vertraglich vereinbarten Leistungen gemäß Art. 6 Abs 1b.

Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten deshalb nur nach ausdrücklicher Erlaubnis durch Sie und / oder ihren gesetzlichen Betreuer.

Ohne Ihre Einwilligung werden diese Daten nicht an Dritte weitergegeben.

Mit ihrer Unterschrift unter diese Datenschutzerklärung stimmen sie zu, das wir die im Kontaktformular gemachten Erhebungen als Bestandteil ihrer Beauftragung zur Vermittlung einer Betreuungskraft an die Agentur:

KaMa Care Sp. z o.o.
Dzialkowicza 34
58-506 Jelenia Gora -Polen
Tel.: 0048 757139313

Kontakt in Deutschland
Tel.: 0049 2243 923524
Mobil: 0157 58721110
Email: Seniorenbetreuung-24Stunden@wp.pl

weitergegeben werden.

Die Agentur hat ihren Gesellschaftssitz in Polen. In Polen gelten die einheitlichen Bestimmungen der DS-GVO. Die Standarddatenschutzklauseln für Drittländer kommen hier zur Anwendung.

Sofern einzelne Fragen oder Daten nicht an die Agentur weiter gegeben werden sollen, kann dies zusätzlich vereinbart werden und die Daten werden geschwärzt.

Speicherdauer der aufgenommenen Daten

Für Daten zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen besteht eine Speicherfrist von mind. 6 Jahren nach Beendigung des Vertrages. Eine Beendigung des Vertragsverhältnisses tritt dann ein wenn der Auftraggeber oder die im Vertrag als zu betreuende Person verstirbt. Weiterhin endet das Vertragsverhältnis mit einer beidseitigen Kündigung des Vertrages. Für Daten, die der Finanzverwaltung zu melden sind, gilt eine Speicherdauer von bis zu 10 Jahren.

Auf Verlangen können die Originalunterlagen nach Ende der Vertragslaufzeit an den Vertragspartner ausgehändigt werden.

Rechte des Nutzers

Sie haben als Nutzer das Recht, auf Antrag eine kostenlose Auskunft darüber zu erhalten, welche personenbezogenen Daten über Sie gespeichert wurden. Sie haben außerdem das Recht auf Berichtigung falscher Daten und auf die Verarbeitungseinschränkung oder Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Falls zutreffend, können Sie auch Ihr Recht auf Datenportabilität geltend machen. Sollten Sie annehmen, dass Ihre Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden, können Sie eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Husarenstr. 30 in 53117 Bonn) einreichen. Löschung von Daten Sofern Ihr Wunsch nicht mit einer gesetzlichen Pflicht zur Aufbewahrung von Daten (z. B. Vorratsdatenspeicherung) kollidiert, haben Sie ein Anrecht auf Löschung Ihrer Daten. Von uns gespeicherte Daten werden, sollten sie für ihre Zweckbestimmung nicht mehr vonnöten sein und es keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen geben, gelöscht.

Widerspruchsrecht

Nutzer unseres Angebotes können von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu jeder Zeit widersprechen. Wenn Sie eine Berichtigung, Sperrung, Löschung oder Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten personenbezogenen Daten wünschen oder Fragen bzgl. der Erhebung, Verarbeitung oder Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten haben oder erteilte Einwilligungen widerrufen möchten, wenden Sie sich bitte an ihren Vertragspartner Seniorenbetreuung Schmitz Datenschutzbeauftragte Frau Malgorzata Anna Schmitz als Geschäftsführerin. Sie erreichen Frau Schmitz unter der Anschrift Seniorenbetreuung Schmitz, In der Dell 16, 56593 Horhausen, Tel. 02687 921797, a.schmitz@seniorenbetreuung-schmitz.de.

Hiermit stimme ich der Nutzung, Speicherung und Weitergabe der im Kontaktformular erhobenen personenbezogenen und für die Vertragsabwicklung wichtigen Daten und Informationen gemäß Art. 6 Abs. 1 a DSGVO, im Rahmen des geschlossenen Vertragsverhältnisses mit der Seniorenbetreuung Schmitz zu.

Datum:

Unterschrift:
Vertragspartner/betreute Person/-en

Datum:

Unterschrift:
Gesetzlich bestellter Betreuer