



## ERHEBUNGSBOGEN

### I. Allgemeine Informationen

Angaben zu den im Haushalt lebenden zu betreuenden Personen:

Anzahl der Personen im Haushalt:  1  2

Mehr: wer sind diese Personen?

#### Person 1:

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Größe:  Gewicht:

Familienstand:  verheiratet  ledig  geschieden  verwitwet

Straße und Hausnummer:

Ort:  PLZ:

Telefon:  Telefax:

Mobil:  E-Mail:

Wurde die zu betreuende Person durch eine Betreuungskraft betreut?  ja  nein

#### Person 2:

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Größe:  Gewicht:

Familienstand:  verheiratet  ledig  geschieden  verwitwet

Straße und Hausnummer:

Ort:  PLZ:

Telefon:  Telefax:

Mobil:  E-Mail:

Wurde die zu betreuende Person durch eine Betreuungskraft betreut?  ja  nein

## Angabe zur Kontaktperson 1

Name:  Vorname:   
Straße und Hausnummer:  PLZ und Ort:   
Festnetznummer:  Mobil:   
Telefax:  E-Mail:   
Verhältnis:  Sohn  Tochter  Andere (wer ist diese Person?)

## Angabe zur Kontaktperson 2

Name:  Vorname:   
Straße und Hausnummer:  PLZ und Ort:   
Festnetznummer:  Mobil:   
Telefax:  E-Mail:   
Verhältnis:  Sohn  Tochter  Andere (wer ist diese Person?)

## II. Angaben zum Gesundheitszustand

### Person 1:

1. Aktueller Pflegegrad:

Beantragt in den letzten 6 Monaten:  ja  nein

Erhöhung beantragt:  ja  nein Falls ja, welcher?

### 2. Diagnosen:

- Alzheimer  Arthrose  Asthma  COPD  Diabetes  Dekubitus  Diabetes mit Insulin  Depression  
 Dermatitis  Krebs  Gehschwäche  Herzinfarkt  Herzinsuffizienz  Herzrhythmusstörungen  Rheuma  
 Osteoporose  Chronischer Durchfall  Magensonde  Multiple Sklerose  Schlaganfall li  Schlaganfall re  
 Parkinson  HIV

Palliativpflege (unheilbare Krankheiten im fortgeschrittenem Stadium mit einer begrenzten Lebenserwartung):

ja  nein wenn ja welche?

Ansteckende Krankheiten:  ja  nein wenn ja welche?

Allergien, wenn ja welche:

Sonstige Diagnosen:

### 3. Inkontinenz.

Urininkontinenz:  kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent

Stuhlinkontinenz:  kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent

Stoma:  ja  nein

Toilettengänge:  alleine  mit Begleitung

Vorhandene Hilfsmittel:  Windeln für die Nacht  Windeln tagsüber  Vorlagen für die Nacht  Vorlagen tagsüber  
 Urinflasche für die Nacht  Toilettenstuhl tagsüber  Toilettenstuhl für die Nacht  Urinflasche für die Nacht  
 Katheter  Urinflasche tagsüber  Suprapubischer Katheter

**4. Demenz:**  Anfangsstadium  Mittel  Fortgeschritten  Alzheimer - Demenz

Seit wann besteht die Demenz:

Wurde sie von einem Arzt diagnostiziert?  ja  nein

#### Probleme Orientierung:

Persönlich:  keine  gelegentlich  massiv

Antriebslosigkeit:  ja  gelegentlich  nein

Zeitlich:  keine  gelegentlich  massiv

Nächtliche Unruhe:  ja  gelegentlich  nein

Örtlich:  keine  gelegentlich  massiv

Verbale Aggression:  ja  gelegentlich  nein

Situativ:  keine  gelegentlich  massiv

Weglauftendenz:  ja  gelegentlich  nein

Gedächtnis:  keine  gelegentlich  massiv

Körperlich aggressives Verhalten:  ja  gelegentlich  nein

Verstecken - Sammeln von Gegenständen /Geld usw.:  ja  gelegentlich  nein

Widerstand gegen die Pflege oder Körperhygiene:  ja  gelegentlich  nein

#### 5. Pflegedienst

Notrufsystem:  ja  nein

Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt:  ja  nein

Falls nein, wird ein Pflegedienst beauftragt:  ja  nein

Falls ja, wie oft kommt er pro Tag:

Wenn ja wofür:  Medikamentenvergabe  Grundpflege

Wird der Pflegedienst auch zukünftig genutzt?  ja  nein

Tagespflege:  ja  nein

Falls ja, wie oft in der Woche:

#### 6. Einschränkungen in der Alltagskompetenz

Sprache:  keine  leichte  massive  spricht nicht

Sehkraft:  keine  leichte  massive  spricht nicht

Hörvermögen:  keine  leichte  massive  spricht nicht

Körperpflege:  selbständig  Anweisen  Hilfe Oberkörper  Hilfe Rücken  Hilfe Beine  Hilfe Intimbereich

Hilfe Haare  Hilfe Gesicht  Hilfe Rasieren  Hilfe Mundpflege  komplett hilfsbedürftig

An- und Auskleiden Selbständig:  Anweisen  mit Hilfe  komplett hilfsbedürftig

Essen:  selbständig  Vorbereiten  mit Hilfe Kau - und Schluckstörungen  Nahrungskarenz  Trinkkarenz

keine Störungen

Diät bzw. Speiseplan:  keine  ja

Welche genau:

#### 7. Mobilität

Fortbewegung:  selbständig  leicht gehbehindert  Rollator  Rollstuhl  bettlägerig  Hygiene im Bett

Umlagern



Vorhandene Hilfsmittel:  Keine  Stock  Krücken  Rollator  Rollstuhl  Pflegebett  Bettenlifter  
 Wannenaufzug  Transferbrett  Duschstuhl  Toilettenstuhl  Pflegebett  Dekubitusmatratze

Andere:

Treppen:  selbständig  mit Hilfe  nicht möglich

Transfer:  selbständig  mit Aufsicht  Hand reichen  kann sich aufrichten  kann stehen  kann sitzen  
 kann sich drehen  kein Transfer möglich  Hochziehen reicht  Anheben nötig

Genauere Erläuterung:

### 8. Einschlafen und Durchschlafen:

Wie oft steht die betreute Person nachts auf:

In der Regel gar nicht  nicht jede Nacht  1-2 pro Nacht  3-5 pro Nacht  Schlaf- Wachrhythmus gestört

Grund/ ungefähre Dauer:

Ist die Hilfe der Betreuungskraft dabei erforderlich?:  nein  manchmal  ja

Wenn ja, aus welchem Grund/ zu welchen Uhrzeiten:

Einnahme Schlafmittel:  ja  nein

### 9. Charakter und Wesen

Wie ist die zu betreuende Person vom Charakter:

Ehemalige berufliche Tätigkeit:

Hobbys / Interessen:

### 10. Tagesrhythmus und Beschäftigung

Tagesgestaltung:  selbständig  unter Anleitung  unselbständig

Kann sich beschäftigen:  selbständig  unter Anleitung  unselbständig

Mahlzeiten:

Frühstück gegen:  Uhr

Mittagessen gegen:  Uhr

Abendessen gegen:  Uhr

Schlafen:

Aufstehen gegen:  Uhr

Mittagsschlaf:  Uhr

Nachtruhe gegen:  Uhr

### Person 2:

11. Aktueller Pflegegrad:

Beantragt in den letzten 6 Monaten:  ja  nein

Erhöhung beantragt:  ja  nein Falls ja, welcher?



## 12. Diagnosen:

- Alzheimer  Arthrose  Asthma  COPD  Diabetes  Dekubitus  Diabetes mit Insulin  Depression  
 Dermatitis  Krebs  Gehschwäche  Herzinfarkt  Herzinsuffizienz  Herzrhythmusstörungen  Rheuma  
 Osteoporose  Chronischer Durchfall  Magensonde  Multiple Sklerose  Schlaganfall li  Schlaganfall re  
 Parkinson  HIV

Palliativpflege (unheilbare Krankheiten im fortgeschrittenem Stadium mit einer begrenzten Lebenserwartung):

ja  nein wenn ja welche?

Ansteckende Krankheiten:  ja  nein wenn ja welche?

Allergien, wenn ja welche:

Sonstige Diagnosen:

## 13. Inkontinenz.

Urininkontinenz:  kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent

Stuhlinkontinenz:  kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent

Stoma:  ja  nein

Toilettengänge:  alleine  mit Begleitung

Vorhandene Hilfsmittel:  Windeln für die Nacht  Windeln tagsüber  Vorlagen für die Nacht  Vorlagen tagsüber

Urinflasche für die Nacht  Toilettenstuhl tagsüber  Toilettenstuhl für die Nacht  Urinflasche für die Nacht

Katheter  Urinflasche tagsüber  Suprapubischer Katheter

14. Demenz:  Anfangsstadium  Mittel  Fortgeschritten  Alzheimer - Demenz

Seit wann besteht die Demenz:

Wurde sie von einem Arzt diagnostiziert?  ja  nein

## Probleme Orientierung:

Persönlich:  keine  gelegentlich  massiv

Antriebslosigkeit:  ja  gelegentlich  nein

Zeitlich:  keine  gelegentlich  massiv

Nächtliche Unruhe:  ja  gelegentlich  nein

Örtlich:  keine  gelegentlich  massiv

Verbale Aggression:  ja  gelegentlich  nein

Situativ:  keine  gelegentlich  massiv

Weglauftendenz:  ja  gelegentlich  nein

Gedächtnis:  keine  gelegentlich  massiv

Körperlich aggressives Verhalten:  ja  gelegentlich  nein

Verstecken - Sammeln von Gegenständen /Geld usw.:  ja  gelegentlich  nein

Widerstand gegen die Pflege oder Körperhygiene:  ja  gelegentlich  nein

## 15. Pflegedienst

Notrufsystem:  ja  nein

Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt:  ja  nein

Falls nein, wird ein Pflegedienst beauftragt:  ja  nein

Falls ja, wie oft kommt er pro Tag:

Wenn ja wofür:  Medikamentenvergabe  Grundpflege

Wird der Pflegedienst auch zukünftig genutzt?  ja  nein

Tagespflege:  ja  nein



Falls ja, wie oft in der Woche:

## 16. Einschränkungen in der Alltagskompetenz

Sprache:  keine  leichte  massive  spricht nicht

Sehkraft:  keine  leichte  massive  spricht nicht

Hörvermögen:  keine  leichte  massive  spricht nicht

Körperpflege:  selbständig  Anweisen  Hilfe Oberkörper  Hilfe Rücken  Hilfe Beine  Hilfe Intimbereich

Hilfe Haare  Hilfe Gesicht  Hilfe Rasieren  Hilfe Mundpflege  komplett hilfsbedürftig

An- und Auskleiden Selbständig:  Anweisen  mit Hilfe  komplett hilfsbedürftig

Essen:  selbständig  Vorbereiten  mit Hilfe Kau – und Schluckstörungen  Nahrungskarenz  Trinkkarenz

keine Störungen

Diät bzw. Speiseplan:  keine  ja

Welche genau:

## 17. Mobilität

Fortbewegung:  selbständig  leicht gehbehindert  Rollator  Rollstuhl  bettlägerig  Hygiene im Bett

Umlagern

Vorhandene Hilfsmittel:  Keine  Stock  Krücken  Rollator  Rollstuhl  Pflegebett  Bettenlifter

Wannenlift  Transferbrett  Duschstuhl  Toilettenstuhl  Pflegebett  Dekubitusmatraze

Andere:

Treppen:  selbständig  mit Hilfe  nicht möglich

Transfer:  selbständig  mit Aufsicht  Hand reichen  kann sich aufrichten  kann stehen  kann sitzen

kann sich drehen  kein Transfer möglich  Hochziehen reicht  Anheben nötig

Genauere Erläuterung:

## 18. Einschlafen und Durchschlafen:

Wie oft steht die betreute Person nachts auf:

In der Regel gar nicht  nicht jede Nacht  1-2 pro Nacht  3-5 pro Nacht  Schlaf- Wachrhythmus gestört

Grund/ ungefähre Dauer:

Ist die Hilfe der Betreuungskraft dabei erforderlich?:  nein  manchmal  ja

Wenn ja, aus welchem Grund/ zu welchen Uhrzeiten:

Einnahme Schlafmittel:  ja  nein

### 19. Charakter und Wesen

Wie ist die zu betreuende Person vom Charakter:

Ehemalige berufliche Tätigkeit:

Hobbys / Interessen:

### 20. Tagesrhythmus und Beschäftigung

Tagesgestaltung:  selbständig  unter Anleitung  unselbständig

Kann sich beschäftigen:  selbständig  unter Anleitung  unselbständig

Mahlzeiten:

Frühstück gegen:  Uhr

Mittagessen gegen:  Uhr

Abendessen gegen:  Uhr

Schlafen:

Aufstehen gegen:  Uhr

Mittagsschlaf:  Uhr

Nachtruhe gegen:  Uhr

## III. Anforderungen an das Personal/ Rahmenbedingungen

### 21. Weitere Familienmitglieder im Haushalt

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Verwandtschaftsgrad:

Benötigt ein weiteres Mitglied Hilfe?

Wenn ja, bitte genauer erläutern:

### 22. Erwartungen an die Betreuungskraft

Einsatzbeginn:

Einsatzdauer:  unbefristet  bis zu 1 Monat  bis 3 Monaten

Geschlecht:  Frau  Mann  egal

Alter:  20-30 Jahre  30-40 Jahre  40-50 Jahre  50-60 Jahre  egal

Sprachkenntnisse:  Grundkenntnisse  mittel  gut  sehr gut

Kräftige Person:  ja  nein

Führerschein:  ja  gern gesehen  nein

Raucher:  nur draußen  Raucherhaushalt  unbedingt Nichtraucher

Tierlieb:  ja  nein

Freizeitausgleich / Pausenregelung:

Stunden am Tag  gewöhnlich von  bis  Uhr

betreute Personen können alleine bleiben  die Vertretung erfolgt durch Familie

die Vertretung erfolgt durch fremde Dienstleister

Zusätzliche Pausenregelung:  2 halbe Tage pro Woche  1 ganzer Tag pro Woche

betreute Personen können alleine bleiben  die Vertretung erfolgt durch Familie

die Vertretung erfolgt durch fremde Dienstleister

### 23. Rahmenbedingungen

Haushalt: Haus (Größe)  Wohnung (Größe)

Stockwerk:  Aufzug  ja  nein

Balkon  Terrasse  Garten

Wohnort:  Stadt  Gemeinde  Dorf

Lage:  zentral  zentrumsnah  ländlich

Einwohnerzahl:  Nächste größere Stadt:

Entfernung zur Stadt:

Haustiere:  ja  nein

Welche Haustiere:

### 24. Unterstützung von weiteren Dienstleister:

Reinigungskraft: Häufigkeit  Gärtner: Häufigkeit

Therapien (welche?):  Häufigkeit:

### 25. Angaben zum Hausarzt:

Name:  Vorname:

Straße und Hausnummer:  PLZ und Ort:

Festnetznummer:  Mobil:

Telefax:  E-Mail:

### 26. Angaben zur Tätigkeit der Pflegekraft:

Haushaltsführung:  Kochen  Bügeln  Wäsche waschen  Reinigung des Arbeitsplatzes  Spazieren gehen  
 Arztbesuche  Pflege der Zimmerpflanzen  Haustierversorgung  Freizeitgestaltung  gemeinsame Ausflüge  
 Autofahren

#### Grundversorgung Person 1

Baden  mal in der Woche Duschen  mal in der Woche Hygiene im Bett  mal in der Woche

Inkontinenzversorgung  ja  nein Hilfe bei der Nahrungsaufnahme  ja  nein

#### Grundversorgung Person 2

Baden  mal in der Woche Duschen  mal in der Woche Hygiene im Bett  mal in der Woche

Inkontinenzversorgung  ja  nein Hilfe bei der Nahrungsaufnahme  ja  nein

### 27. Unterkunft für Pflegekraft:

Anzahl der Zimmer:  Zimmergröße:

Ausstattung:  Bett  Tisch  Schrank  Radio  Fernseher  Computer  eigene Toilette

eigenes Bad  eigenes Stockwerk  Einliegerwohnung

Andere:

Internet:  nein  ja  wird eingerichtet

Geschäfte/Einkäufe: zu Fuß erreichbar  Min. Fahrrad  Min. Bus/ Bahn  Min.

Auto  Min. mit Angehörigen/ Nachbarn  Min.





## 28. Vertragsdaten

Wann soll die Betreuung beginnen?

Wer wird der Vertragspartner DLV?

Wer wird der Vertragspartner bei dem Vermittlungsauftrag?

Vollmacht vorhanden?

Operativ Verantwortlicher für Rechnungsmanagement?

Emailadresse für Rechnungsstellung?

## 29. Wie sind Sie auf unsere Firma aufmerksam geworden?

Arzt  Pflegedienst  Krankenhaus  Empfehlung  Internet

Andere

30. Anwesend bei der Erstellung des Erhebungsboges:  Kunde  Angehörige  Betreuungskraft

## Zusätzliche Anmerkungen

## Transparenzerklärung hinsichtlich der Datenverarbeitung bei der Betreuungsfreunde GmbH

Information gemäß Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Wir möchten Sie im Folgenden über die Datenverarbeitung bei uns informieren:

### 1. Verantwortlichkeit

Verantwortlich für die Datenverarbeitung gem. Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist die:

Betreuungsfreunde GmbH Geschäftsführerin: Magdalena Buczek; Triftstraße 68, 13353 Berlin, Tel.: 030 46 06 36 95; E-Mail: info@betreuungsfreunde.de

### 2. Datenschutzbeauftragter

Die Datenschutzbeauftragte der Verantwortlichen ist:

Rechtsanwältin Karina Filusch, LL.M.; Friedrichstraße 95; 10117 Berlin

Tel.: 030 219 11 555; Fax: 030 219 11 556; E-Mail: info@datenschutzbeauftragte-berlin.eu

### 3. Zweck der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre Daten, um den Vertrag mit Ihnen erfüllen zu können, also um die häusliche Pflege vornehmen zu können und um eine geeignete Pflegekraft für Sie zu finden. Gemäß Art. 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b) DSGVO ist eine solche Datenverarbeitung ohne gesonderte Einwilligung möglich, außer es handelt sich um sensible Daten (s.u.).

### 4. Datenerhebung

Wir verarbeiten folgende personenbezogene Daten der zu pflegenden Person: Name, Vorname, Geburtsdatum, Körpergröße und -gewicht, Familienstand, Adresse, Kontaktdaten (Telefonnummer, Mobil-Nummer, Fax-Nummer, E-Mail-Adresse), Angaben zum Gesundheitszustand (Pflegegrad, Diagnosen, Angaben zu Palliativpflege, ansteckenden Krankheiten, Allergien, Kontinenz, Stoma, Toilettengängen, Hilfsmitteln, Demenz, Fragen zur Orientierung/Gedächtnis/Antriebslosigkeit/nächtlicher Unruhe/Verstecken und Sammeln von Gegenständen/Aggression/Weglauff Tendenz/Widerstand gegen Pflegeperson), Nutzung eines Pflegedienstes, Einschränkungen in der Alltagskompetenz (Sprache, Sehkraft, Hörvermögen, körperlicher Selbstständigkeit, An- und Auskleiden, Essen, Diät, Fortbewegung und Hilfsmittel, Fähigkeit des Treppensteigens und des Transfers, Schlafgewohnheiten, Einnahme von Medikamenten, Angaben zum Wesen (Beschreibung des Charakters, ehemalige berufliche Tätigkeit, Hobbys und Interessen), Angaben zum Tagesrhythmus und Beschäftigung, Angaben über die Rahmenbedingungen (Name, Vorname, Geburtsdatum weiterer im Haushalt lebender Personen sowie ihr Verhältnis zu der zu pflegenden Person, Angaben zur Wohnung/Haus (Größe, Stockwerk, Aufzug, Balkon/Terrasse/-Garten, Wohnort, Lage), Angabe zu Haustieren, Angabe zu weiteren Dienstleistern, Angaben zum Hausarzt sowie Angaben zur Vollmacht.

Von der Kontaktperson verarbeitend wir folgende Daten: Name, Vorname, Adresse, Kontaktdaten (Telefonnummer, Mobil-Nummer, Fax-Nummer, E-Mail) und das Verhältnis zur betreuenden Person.

Ggf. teilen Sie uns weitere Informationen mit, die wir auch verarbeiten, sofern dies zur Vertragserfüllung notwendig ist.

Wir verarbeiten – wie aus der Aufzählung ersichtlich – auch Daten gemäß Art. 9 DSGVO (besondere Kategorien von Daten), insbesondere Gesundheitsdaten. Werden Daten gemäß Art. 9 DSGVO verarbeitet, ist es notwendig eine Einwilligung einzuholen, daher ist Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung Art. 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO. Diese Einwilligung können Sie uns untenstehend erteilen bzw. wenn Sie den Bogen online ausfüllen, können Sie uns die Einwilligung vor Abschicken des Bogens per Anklicken erteilen.

### 5. Weitergabe an Dritte

Um eine geeignete Pflegekraft zu finden, tauschen wir die Daten mit unseren Partneragenturen (auch im Ausland) aus. Wir haben geeignete Verträge zum Schutz Ihrer Daten mit den Partneragenturen geschlossen. Wir tauschen einige der Daten mit unseren Unterauftragnehmern aus, aber nur die Daten, die notwendig sind, damit die Unterauftragnehmer den Auftrag ausführen können (Transportfirmen, die nur die Adresse erhalten, um die Pflegekraft zum Auftragsort zu bringen).

### 6. Ihre Rechte

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte hinsichtlich Ihrer personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft und auf Bestätigung, ob betreffende Daten verarbeitet werden sowie weitere Informationen und Kopie der Daten, Art. 15 DSGVO,
- Recht auf Berichtigung, Vervollständigung oder Löschung, Art. 16-17 DSGVO,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DSGVO,
- Recht auf Datenübertragbarkeit, Art. 20 DSGVO,
- Recht auf Widerspruch gegen eine Datenverarbeitung aufgrund berechtigter Interessen im Sinne des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f) DSGVO einzulegen, Artikel 21 DSGVO, sowie
- Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde einzureichen, Art. 77 DSGVO. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit; Friedrichstraße 219; 10969 Berlin  
Tel.: 030 / 13 88 9 – 0; E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de.

### 7. Löschung der Daten

Wir speichern die Daten nur so lange, wie es zwingend notwendig ist und es gesetzlich vorgesehen ist (z.B. aus steuerlichen Gründen), d.h. wir speichern die Vertragsdaten 10 Jahre. Die Angaben zur Pflege löschen wir nach drei vollen Kalenderjahren ab Vertragsbeendigung. Im Anschluss werden die Daten gemäß Art. 17, 18 DSGVO datenschutzgerecht gelöscht/vernichtet bzw. in der Verarbeitung gesperrt, solange gesetzliche Aufbewahrungsfristen dem nicht entgegenstehen.

### 8. Automatisierte Entscheidungsfindung

Wir selbst nehmen aufgrund der o. g. Datenerhebung keine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling (Erstellung von Nutzerprofilen) vor.

Ich habe diese Information zur Kenntnis erhalten

Unterschrift

Einwilligung in die Verarbeitung besonderer Kategorien von Daten (sog. sensible Daten) gemäß Art. 9 DSGVO  
Ich willige ein, dass zum Zweck der Pflege und der Vermittlung einer geeigneten Pflegekraft Daten im Sinne des Art. 9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet werden (insbesondere Gesundheitsdaten). Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte. Dann ist es jedoch nicht möglich, die Pflege und Personalvermittlung vorzunehmen. Ich kann diese Einwilligung zudem jederzeit in Textform (z.B. Brief, E-Mail) für die Zukunft widerrufen. Meine Daten werden dann unverzüglich entfernt.

Datum

Vor- und Nachname Unterschrift

