Betreuungsfreunde®

ERHEBUNGSBOGEN

vom

I. Allgemeine Informationen

Zu betreuende Personen:

Person 1:

Name: Vorname:

Straße und Hausnummer: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Email: Geburtsdatum:

Person 2:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Betreuungsbeginn gewünscht ab:

Aktuelle Betreuung:

II. Angaben zum Gesundheitszustand

Person 1:

1. Körpergröße: cm Gewicht: kg

2. Aktueller Pflegegrad: Höherstufung beantragt: ☐ ja ☐ nein

Pflegeversicherung ☐ gesetzlich ☐ privat

3. Diagnosen:

☐ Alzheimer ☐ Arthrose ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes ☐ Diabetes mit Insulin ☐ Dekubitus ☐ Depression

☐ Gehschwäche ☐ Herzinfarkt ☐ Herzinsuffizienz ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Rheuma ☐ ALS ☐ Bluthochdruck

☐ Osteoporose ☐ Chronischer Durchfall ☐ Magensonde ☐ Multiple Sklerose ☐ Schlaganfall li ☐ Schlaganfall re

☐ Parkinson ☐ HIV ☐ Polyneuropathie ☐ niedriger Blutdruck ☐ Niereninsuffizienz

Allergien:

Ansteckende Krankheiten: ☐ nein ☐ ja

Hauterkrankungen:

☐ Tumorerkrankungen: Typ:

Palliativversorgung: ☐ nein ☐ ja

Sonstige Diagnosen:

4. Inkontinenz:

Urininkontinenz: ☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent ☐ inkontinent Dialyse: ☐ nein ☐ ja Wie oft: ____

Stuhlinkontinenz: ☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent ☐ inkontinent ☐ neigt zu Durchfällen ☐ neigt zur Verstopfung

Stoma: ☐ ja ☐ nein

Toilettengänge: ☐ alleine ☐ mit Begleitung

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

5. Demenz: ☐ nein ☐ ja ☐ Anfangsstadium ☐ Mittel ☐ Fortgeschritten

Seit wann besteht die Demenz: ____ Wurde sie von einem Arzt diagnostiziert? ☐ ja ☐ nein

Orientierungsvermögen:

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

Wahnvorstellungen: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

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

Widerstand gegen die Pflege oder Körperhygiene: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

6. Pflegedienst:

Notrufsystem: ☐ ja ☐ nein

Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt: ☐ nein ☐ ja

Wie oft kommt er: ____

Dienstleistungen durch den Pflegedienst (auch nach Anreise der Betreuungskraft): ☐ Medikamentenstellung ☐ Medikamentengabe ☐ Grundpflege ☐ Körperwäsche ☐ Dekubitus ☐ Blutzuckermessung ☐ Wundversorgung ☐ Kompressionsstrümpfe ☐ Katheterwechsel ☐ Injektionen

Tagespflege: ☐ nein ☐ ja Wie oft in der Woche: ____

7. Einschränkungen in der Alltagskompetenz:

Sprache: ☐ keine ☐ leichte ☐ massive ☐ spricht nicht ☐ deutschsprachig ☐ Fremdsprache ____

Sehkraft: ☐ keine ☐ leichte ☐ massive ☐ sieht nicht ☐ Brille erforderlich Sehvermögen ____ %

Hörvermögen: ☐ keine ☐ leichte ☐ massive ☐ hört nicht ☐ Hörgerät

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 ☐ PEG-Sonde

Diät bzw. Speiseplan: ☐ keine ☐ ja Welche genau: ____

8. Mobilität:

Fortbewegung: ☐ selbständig ☐ leicht gehbehindert ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ bettlägerig ☐ Umlagern

Vorhandene Hilfsmittel: ☐ Keine ☐ Stock ☐ Krücken ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Pflegebett ☐ Aufstehhilfe

☐ Bettenlifter ☐ Wannenlifter ☐ Transferbrett ☐ Duschstuhl ☐ Toilettenstuhl ☐ Dekubitusmatraze ☐ Rampe

Prothese: _____ Andere: _____

Treppensteigen: ☐ selbständig ☐ mit Hilfe ☐ nicht möglich

Transfer (Umsetzen): ☐ selbständig ☐ mit Aufsicht ☐ Hand reichen ☐ Hochziehen reicht ☐ kann sich aufrichten

☐ kann stehen ☐ kann sitzen ☐ kann sich drehen ☐ Anheben nötig = ____ Transfers täglich ☐ kein Transfer möglich

9. 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

Aus welchem Grund/ zu welchen Uhrzeiten:

_____

Einnahme Schlafmittel: ☐ ja ☐ nein

10. Tagesrhythmus und Beschäftigung

Tagesgestaltung: ☐ selbständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbständig

Kann sich beschäftigen: ☐ selbständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbständig

Mahlzeiten:		Schlafen:	
Frühstück gegen:	____ Uhr	Aufstehen gegen:	____ Uhr
Mittagessen gegen:	____ Uhr	Mittagsschlaf:	____ Uhr
Abendessen gegen:	____ Uhr	Nachtruhe gegen:	____ Uhr

11. Charakter und Wesen

Wie ist die zu betreuende Person vom Charakter: _____

Ehemalige berufliche Tätigkeit: _____

Hobbys / Interessen: _____

Person 2:

12. Körpergrüße: _____ cm Gewicht: _____ kg

13. Aktueller Pflegegrad: _____ Höherstufung beantragt: ☐ ja ☐ nein

Pflegeversicherung ☐ gesetzlich ☐ privat

14. Diagnosen:

☐ Alzheimer ☐ Arthrose ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes ☐ Diabetes mit Insulin ☐ Dekubitus ☐ Depression

☐ Gehschwäche ☐ Herzinfarkt ☐ Herzinsuffizienz ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Rheuma ☐ ALS ☐ Bluthochdruck

☐ Osteoporose ☐ Chronischer Durchfall ☐ Magensonde ☐ Multiple Sklerose ☐ Schlaganfall li ☐ Schlaganfall re

☐ Parkinson ☐ HIV ☐ Polyneuropathie ☐ niedriger Blutdruck ☐ Niereninsuffizienz

Allergien:

Ansteckende Krankheiten: ☐ ja ☐ nein

Hauterkrankungen:

☐ Tumorerkrankungen: Typ:

Palliativversorgung: ☐ nein ☐ ja

Sonstige Diagnosen:

15. Inkontinenz:

Urininkontinenz: ☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent ☐ inkontinent Dialyse: ☐ nein ☐ ja Wie oft:

Stuhlinkontinenz: ☐ kontinent ☐ teilweise inkontinent ☐ inkontinent ☐ neigt zu Durchfällen ☐ neigt zur Verstopfung

Stoma: ☐ ja ☐ nein

Toilettengänge: ☐ alleine ☐ mit Begleitung

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

16. Demenz: ☐ nein ☐ ja ☐ Anfangsstadium ☐ Mittel ☐ Fortgeschritten

Seit wann besteht die Demenz: Wurde sie von einem Arzt diagnostiziert? ☐ ja ☐ nein

Orientierungsvermögen:

Persönlich: ☐ keine ☐ gelegentlich ☐ massiv

Zeitlich: ☐ keine ☐ gelegentlich ☐ massiv

Örtlich: ☐ keine ☐ gelegentlich ☐ massiv

Situativ: ☐ keine ☐ gelegentlich ☐ massiv

Gedächtnis: ☐ keine ☐ gelegentlich ☐ massiv

Antriebslosigkeit: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

Nächtliche Unruhe: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

Verbale Aggression: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

Weglauftendenz: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

Körperlich aggressives Verhalten: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

Wahnvorstellungen: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

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

Widerstand gegen die Pflege oder Körperhygiene: ☐ ja ☐ gelegentlich ☐ nein

17. Pflegedienst

Notrufsystem: ☐ ja ☐ nein

Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt: ☐ nein ☐ ja

Wie oft kommt er:

Dienstleistungen durch den Pflegedienst (auch nach Anreise der Betreuungskraft): ☐ Medikamentenstellung ☐ Medikamentengabe ☐ Grundpflege ☐ Körperwäsche ☐ Dekubitus ☐ Blutzuckermessung ☐ Wundversorgung ☐ Kompressionsstrümpfe ☐ Katheterwechsel ☐ Injektionen

Tagespflege: ☐ nein ☐ ja Wie oft in der Woche:

18. Einschränkungen in der Alltagskompetenz

Sprache: ☐ keine ☐ leichte ☐ massive ☐ spricht nicht ☐ deutschsprachig ☐ Fremdsprache

Sehkraft: ☐ keine ☐ leichte ☐ massive ☐ sieht nicht ☐ Brille erforderlich Sehvermögen %

Hörvermögen: ☐ keine ☐ leichte ☐ massive ☐ hört nicht ☐ Hörgerät

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 ☐ PEG-Sonde

Diät bzw. Speiseplan: ☐ keine ☐ ja Welche genau: _____

19. Mobilität

Fortbewegung: ☐ selbständig ☐ leicht gehbehindert ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ bettlägerig ☐ Umlagern

Vorhandene Hilfsmittel: ☐ Keine ☐ Stock ☐ Krücken ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Pflegebett ☐ Aufstehhilfe
☐ Bettenlifter ☐ Wannenlifter ☐ Transferbrett ☐ Duschstuhl ☐ Toilettenstuhl ☐ Dekubitusmatraze ☐ Rampe

Prothese: _____ Andere: _____

Treppensteigen: ☐ selbständig ☐ mit Hilfe ☐ nicht möglich

Transfer (Umsetzen): ☐ selbständig ☐ mit Aufsicht ☐ Hand reichen ☐ Hochziehen reicht ☐ kann sich aufrichten
☐ kann stehen ☐ kann sitzen ☐ kann sich drehen ☐ Anheben nötig = ☐ Transfers täglich ☐ kein Transfer möglich

20. 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

Aus welchem Grund/ zu welchen Uhrzeiten:

_____

Einnahme Schlafmittel: ☐ ja ☐ nein

21. Tagesrhythmus und Beschäftigung

Tagesgestaltung: ☐ selbständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbständig

Kann sich beschäftigen: ☐ selbständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbständig

Mahlzeiten:		Schlafen:	
Frühstück gegen:	☐ Uhr	Aufstehen gegen:	☐ Uhr
Mittagessen gegen:	☐ Uhr	Mittagsschlaf:	☐ Uhr
Abendessen gegen:	☐ Uhr	Nachtruhe gegen:	☐ Uhr

22. Charakter und Wesen

Wie ist die zu betreuende Person vom Charakter: _____

Ehemalige berufliche Tätigkeit: _____

Hobbys / Interessen: _____

Angabe zur Kontaktperson 1 - Hauptansprechpartner (Notfallkontakt)

Name: Vorname:

Straße und Hausnummer: PLZ und Ort:

Festnetznummer: Mobil:

E-Mail: Beziehungsverhältnis:

Angabe zur Kontaktperson 2

Name: Vorname:

Straße und Hausnummer: PLZ und Ort:

Festnetznummer: Mobil:

E-Mail: Beziehungsverhältnis:

23. Weitere Familienmitglieder im Haushalt

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Verwandtschaftsgrad:

Benötigt ein weiteres Mitglied Hilfe?

Wenn ja, bitte genauer erläutern:

24. Rahmenbedingungen

Haushalt: Haus (Wohnfläche m²) Wohnung (Wohnfläche m²) ☐ Eigentum ☐ Miete

Stockwerk: Aufzug ☐ ja ☐ nein ☐ Balkon ☐ Terrasse ☐ Garten

Wohnort: ☐ Stadt ☐ Gemeinde ☐ Dorf Lage: ☐ zentral ☐ zentrumsnah ☐ ländlich

Einwohnerzahl: Nächste größere Stadt:

Entfernung zur Stadt: ☐ Zugang zum öffentlichen Nahverkehr

25. Unterkunft für Pflegekraft:

Anzahl der Zimmer: Zimmergröße:

Ausstattung: ☐ Bett ☐ Bettzeug ☐ Tisch ☐ Schrank ☐ Radio ☐ Fernseher ☐ Computer ☐ eigene Toilette ☐ eigenes Bad ☐ eigenes Stockwerk ☐ Einliegerwohnung

Andere:

WLAN-Zugang im Wohnraum der Pflegekraft: ☐ nein ☐ ja ☐ wird eingerichtet

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

PKW Min. Baujahr ☐ Automatik ☐ Schaltgetriebe ☐ mit Angehörigen/ Nachbarn Min.

26. Erwartungen an die Betreuungskraft

Einsatzbeginn: _____ Einsatzdauer: ☐ unbefristet ☐ bis zu 1 Monat ☐ bis 3 Monaten

Geschlecht: ☐ Frau ☐ Mann ☐ egal ☐ 2 Betreuungskräfte gleichzeitig vor Ort

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

Deutschkenntnisse: ☐ gering ☐ mittel ☐ gut ☐ sehr gut Andere Sprachen: _____

Führerschein: ☐ ja ☐ gern gesehen ☐ nein

Raucher: ☐ nur draußen ☐ Raucherhaushalt ☐ unbedingt Nichtraucher

Kräftige Person: ☐ ja ☐ nein

Tierlieb: ☐ nein ☐ ja ☐ Hund Anzahl ☐ Rasse _____ ☐ Betreuerin geht Gassi

☐ Katze Anzahl ☐ Rasse _____ ☐ Katzenstreusäuberung erwünscht

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

27. 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 Ganzkörperwäsche im Bett ☐ mal in der Woche

Inkontinenzversorgung ☐ ja ☐ nein Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ☐ ja ☐ nein

Person 2

Baden ☐ mal in der Woche Duschen ☐ mal in der Woche Ganzkörperwäsche im Bett ☐ mal in der Woche

Inkontinenzversorgung ☐ ja ☐ nein Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ☐ ja ☐ nein

28. Unterstützung durch weitere Dienstleister:

Reinigungskraft: Häufigkeit _____ Gärtner: Häufigkeit _____

Therapien (welche?): _____ Häufigkeit: _____

29. Angaben zum Hausarzt:

Name: _____ Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____ PLZ und Ort: _____

Festnetznummer: _____ Mobil: _____

30. Vertragsdaten

Wann soll die Betreuung beginnen? _____

Wer wird der Vertragspartner Dienstleistungsvertrag? _____

Wer wird der Vertragspartner bei dem Vermittlungsauftrag? _____

Vollmacht vorhanden? _____

Operativ Verantwortlicher für Rechnungsmanagement? _____

Emailadresse für Rechnungsstellung? _____

31. Wie sind Sie auf unsere Firma aufmerksam geworden?

☐ Arzt ☐ Pflegedienst ☐ Krankenhaus ☐ Internet ☐ Empfehlungsgeber

Andere

32. 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 Vermittlungsvertrag mit Ihnen erfüllen zu können, also um die Betreuung in häuslicher Umgebung durch ein Dienstleistungsunternehmen vermitteln 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/Weglauftendenz/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 verarbeiten 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 erteilen Sie uns mit Abschluss des Vermittlungsvertrages und im Rahmen dieser Erklärung die Bestandteil des Erhebungsbogens und Grundlage dafür ist, dass wir und das später von Ihnen beauftragte von uns vermittelte Dienstleistungsunternehmen für Sie tätig werden können. Wenn Sie den Erhebungsbogen online ausfüllen, können Sie uns die Einwilligung vor Abschicken des Bogens per Anklicken erteilen. Diese digital erteilte Einwilligung wird im Rahmen des Registrierungsvorgangs gespeichert.

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, so dass die von Ihnen uns erteilten Auskünfte und Daten auch in diesem Vertragsverhältnis geschützt sind. Weiter tauschen wir einige der Daten mit unseren Unterauftragnehmern aus, aber nur die Daten, die notwendig sind, damit die Unterauftragnehmer den Auftrag ausführen können (z. B. 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 Alt-Moabit 59-61, 10555 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 Kenntniss 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**