**Anamnesebogen für die Betreuung zu Hause**

**Kunde (Leistungsempfänger)**

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / E-Mail:

**Kontaktperson (Angehöriger oder bevollmächtigte Person)**

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / E-Mail:

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person:

###### Angaben zum Pflegegrad, Größe und Gewicht:

Kein Pflegegrad vorhanden [ ]

aktueller Pflegegrad [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5

Pflegegrad wurde beantragt [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5

Gewicht der zu betreuenden Person:

Größe der zu betreuenden Person:

**Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes:**

**Voraussichtliche Dauer des Einsatzes:**

##### Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Allergien | [ ]  altersbed. Gehschwäche | [ ]  Alzheimer | [ ]  Asthma |
| [ ]  beginnende Demenz |  |  |  |  | [ ]  chronische Durchfälle | [ ]  Demenz  | [ ]  Dekubitus |
| [ ]  Depression | [ ]  Diabetes insulinpflicht. | [ ]  Diabetes  | [ ]  Herzinfarkt |
| [ ]  Herzinsuffizienz | [ ]  Herzrhythmusstörung | [ ]  Hypertonie | [ ]  Inkontinenz |
| [ ]  multiple Sklerose | [ ]  Osteoporose | [ ]  Parkinson | [ ]  Rheuma |
| [ ]  Schlaganfall | [ ]  | re | [ ]  | li | [ ]  Stoma | [ ]  Tumor |

[ ]  Sonstiges:

[ ]  MRSA, hier muss **vorab** abgeklärt werden, ob der Dienstleister Personal zur Verfügung stellen kann.

Bei Erkrankung muss der Dienstleister sofort darüber informiert werden. Während der Vertragslaufzeit kann in der Zeit der Erkrankung kein Personal gestellt werden.

**Ergänzende Fragen:**

Ist die zu betreuende Person bettlägerig? [ ]  ja [ ]  nein

Muss die zu betreuende Person gelagert werden? [ ]  ja [ ]  nein

Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? [ ]  ja [ ]  nein

Benötigt die zu betreuende Person Transfer (Bett - Rollstuhl)? [ ]  ja [ ]  nein

Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? [ ]  ja [ ]  nein

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? [ ]  ja [ ]  nein

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? [ ]  ja [ ]  nein

Falls „ja“, welche?

Leiden andere Personen im Haushalt an ansteckenden Krankheiten? [ ]  ja [ ]  nein

Falls „ja“, welche?

Lebt eine zweite Person im Haushalt? [ ]  ja [ ]  nein

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? [ ]  ja, ( separaten Fragebogen ausfüllen) [ ]  nein

Ist die zu betreuende Person Raucher? [ ]  ja [ ]  nein

Erfolgt bereits die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst? [ ]  ja [ ]  nein

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden? [ ]  ja [ ]  nein

Wie oft täglich?           Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

**Kommunikation:**

Sprechen: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Hören: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Sehen: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Hilfsmittel: [ ]  Brille  [ ]  Hörgerät [ ]  Sonstige, welche?

**Orientierung:**

Zeitlich: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Persönlich: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

**Bewegung:**

Gehen: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Stehen: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Treppensteigen: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Hilfsmittel: [ ]  Stock [ ]  Rollator [ ]  Rollstuhl [ ]  Nachtstuhl

 [ ]  Pflegebett [ ]  Dekubitusmatratze [ ]  Badewannenlift

[ ]  Sonstige Hilfsmittel

**Transfer:**

Bett / Rollstuhl: [ ]  selbstständig [ ]  hilft mit [ ]  komplett hilfsbedürftig

**Körperpflege / Hygiene:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | selbstständig | teilweise selbstständig | unter Anleitung | vollständige Unterstützung |
| Duschen / Baden: | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Gesicht: | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Mundpflege / Zahnprothese: | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Haare kämmen / waschen: | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Rasieren | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Oberkörper | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Gesäß / Beine: | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Intimpflege: | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hautpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Handpflege: | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fußpflege: | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**An- / Auskleiden:**

Ankleiden: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Auskleiden: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

**Essen / Trinken:**

Essen : [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Trinken : [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Kauen / Schlucken: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

PEG Sonde: [ ]  ja [ ]  nein

Ernährungszustand: [ ]  Normal [ ]  Kachektisch (abgemagert, ausgezehrt)

 [ ]  Adipös (stark übergewichtig) [ ]  Exsikkiert (ausgetrocknet)

Kostform / Diät: [ ]  Normal [ ]  Vollwert [ ]  Vegetarisch [ ]  Sonderkost [ ]  Diabetikerkost

Trinkmenge: [ ]  Normal [ ]  Wenig [ ]  Viel

**Urin- / Stuhlkontrolle:**

Urininkontinenz [ ]  ja [ ]  gelegentlich [ ]  nein

Stuhlinkontinenz [ ]  ja [ ]  gelegentlich [ ]  nein

Hilfsmittel: [ ]  Blasenkatheter [ ]  suprapubischer Katheter [ ]  Urinflasche

[ ]  Windeln [ ]  Vorlagen

**Ruhen und Schlafen:**

Einschlafen: [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Durchschlafen : [ ]  uneingeschränkt [ ]  teilweise eingeschränkt [ ]  eingeschränkt

Schlafmittel: [ ]  ja [ ]  nein Medikation:

Therapien der zu betreuenden Person:

[ ]  Keine [ ]  Krankengymnastik [ ]  Logopädie [ ]  Beschäftigungstherapie

[ ]  Ergotherapie [ ]  Musiktherapie

[ ]  Sonstige:

**Interessen und Hobbies der zu betreuenden Person:**

**Wesen und den Charakter der zu betreuenden Person:**

## Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

**Angaben zur Betreuungskraft:**

Geschlecht: [ ]  Dame [ ]  Herr [ ]  irrelevant

Alter: [ ]  20 – 35 Jh. [ ]  35 – 50 Jh. [ ]  älter als 50 Jh. [ ]  irrelevant

Sonstige Wünsche, wie Führerschein, Nichtraucher/in sind **optional, keine Garantie**

**Angaben zu Tätigkeiten der Betreuungskraft:**

[ ]  Einkaufen [ ]  Kochen [ ]  Wäschewaschen [ ]  Bügeln [ ]  Reinigen des Arbeitsplatzes

[ ]  Arztbesuche [ ]  Ausflüge [ ]  Freizeitgestaltung [ ]  Auto fahren [ ]  Spazierengehen

[ ]  Pflege von Zimmerpflanzen [ ]  Versorgung von Haustieren, welche?

**Beschreibung der Unterkunft der zu betreuenden Person:**

Die zu betreuende Person lebt:

[ ]  Großstadt zentral [ ]  Großstadt abgelegen [ ]  Kleinstadt [ ]  Dorf

[ ]  in einer Wohnung [ ]  in einem Haus [ ]  mit Garten [ ]  Sonstige,

Kann dem Personal ein separates, abschließbares Zimmer mit Fenster und Heizung zur Verfügung gestellt werden? [ ]  ja [ ]  nein

***Wenn nicht, kann die Dienstleistung nicht erbracht werden!***

**Zimmerausstattung der Betreuungskraft:**

[ ]  Bett [ ]  Tisch [ ]  Schrank [ ]  Radio [ ]  TV

[ ]  eigenes Bad oder [ ]  gemeinschaftliches Bad

[ ]  Computer [ ]  Internetzugang WLAN (Voraussetzung) oder [ ]  Internet-Surfstick vorhanden

[ ]  Auslandstelefonflat vorhanden oder [ ]  kann bei Bedarf bereitgestellt werden

[ ]  Sonstiges:

**Einkaufsmöglichkeiten:**

Zu Fuß: [ ]  ca. 10 Minuten [ ]  ca. 20 Minuten [ ]  ca. 30 Minuten [ ]  Wird von der Familie erledigt

#### Sprachkenntnisse und mögliche Dienstleistungen:

**Tätigkeiten und Betreuungsumfang:**

Von alltäglichen Anforderungen bis zur komplexen Haushaltshilfe, je nach gewünschten Deutschkenntnissen

**Tägliche Unterstützung**

Begleitung bei Freizeitaktivitäten und gesellschaftlichen Ereignissen

Begleitung zu Arztterminen

Alltägliche Aufgaben im Haushalt: Einkaufen, Hilfe beim Kochen, Sauberhalten der häufig genutzten Räume

Grundlegende Betreuung: Hilfe bei der Grundpflege und Hygiene, Hilfe bei Toilettengang und Inkontinenz, Hilfe bei der Mobilität, Hilfe bei der Ernährung inkl. Diät für Diabetiker

Unterstützung bei Erkrankungen im Anfangsstadium der Krankheiten wie: Demenz, Alzheimer, Parkinson, rheuma-tische Arthritis, Inkontinenz, Krebserkrankung, Unterstützung nach Schlaganfall, bei Seh-und Hörbehinderung und/oder bei kleinen Problemen mit der Mobilität

**Unterstützung der Kunden, die an Alterskrankheiten leiden:**

Bettlägerige Menschen, die regelmäßige Änderung der Körperposition benötigen

Probleme mit der Mobilität, eine manuelle Hilfe oder Anheben benötigen

Fortgeschrittenes Stadium der Demenzerkrankung

Katheter (nur Wechsel des Beutels – kein Katheter-Wechsel)

Stoma (nur Reinigung / Versorgung des Urostomas nach SGB XI)

Schlafstörungen und Hilfe benötigen bei Nacht

Palliative Betreuung

**Folgende Sprach- und Preisangebote stehen Ihnen zur Verfügung:**

[ ]

Grundkenntnisse der deutschen Sprache, Kommunikation mit wenigen einfachen Wörtern

[ ]

Mittlere Deutschkenntnisse, Kommunikation mit kurzen Sätzen in Alltagssituationen

[ ]

Gute Deutschkenntnisse, gute Kommunikation im Alltag

[ ]

Sehr gute Deutschkenntnisse, ungezwungene Kommunikation im Alltag

**Anreisemöglichkeiten Ihrer Betreuungskraft:**

[ ]

Kostenlose Anreise der Betreuungskraft mit internationalen Linienbustransfer nach/ von Deutschland gewünscht

[ ]

Anreise der Betreuungskraft mit Minibus vor die Haustür des Kunden

\* Hier fallen pro An- und Abreise 30,-€ der Betreuungskraft Fahrtkosten an, die den Kunden in Rechnung gestellt werden.

*"Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen* ***nach besten Wissen*** *und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind."*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Datum u. Unterschrift

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

[ ]  Seniorenbüro [ ]  Internet [ ]  Bekannte / Familie

[ ]  Krankenhaus

[ ]  Arzt

[ ]  Sonstige

Wie möchten Sie Rückantwort erhalten?

[ ]  E-Mail [ ]  Telefon [ ]  Fax [ ]  Internet

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?

Anwesend bei der Anamnese:

[ ]  Kunde [ ]  Angehörige / Bezugsperson [ ]  Pflegekraft (z. B. Pflegedienst)

Ort, Datum

Unterschrift Kunde / Bevollmächtigte(-r)

Unterschrift Dienstleister

**Bitte beachten Sie unsere Datenschutz-Erklärung, siehe nächste Seite. Für Ihre Anfrageverarbeitung benötigen wir unsere Datenschutz-Erklärung unterschrieben zurück.**

**Datenschutz-Erklärung**

Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenfrage durch den Personaldienstleister kontaktiert zu werden.

Wir sind uns darüber bewusst, dass Ihnen der Schutz Ihrer Privatsphäre ein wichtiges Anliegen ist. Wir nehmen unsere Aufgabe, die Vertraulichkeit Ihrer Daten im Rahmen der geltenden Bestimmungen zum Datenschutzrecht sicherzustellen, im beiderseitigen Interesse sehr ernst. Daher nehmen Sie bitte nachstehende Informationen zur Kenntnis:

Ihre Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Diese Daten werden bei uns EDV-technisch erfasst, verarbeitet und gespeichert.

**Art der gespeicherten Daten:** persönliche Angaben wie Kundendaten z.B. Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Gesundheitszustand

**Zweck der Datenverarbeitung**

Der Verantwortliche verfolgt mit der Datenverarbeitung folgende Zwecke, die unten näher ausgeführt werden:

* Beratung
* Vertragsanbahnung
* Vertragsabschluss
* Vertragsdurchführung
* Vertragsbeendigung

**​Umgang mit personenbezogenen Daten**

Personenbezogene Daten werden nur erhoben, wenn Sie uns diese von sich aus im Rahmen der Kontaktaufnahme mitteilen. Diese Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung jeweils allein zur Bearbeitung Ihrer Anfragen genutzt. Das heißt, wenn Sie die Online-Fragebögen auf unserer Website ausfüllen oder ihren Fragebogen händisch ausfüllen und an uns abschicken, beziehungsweise wenn wir unsere Vermittlungsdienstleistungen erbringen.

Die vorgenannten Daten über Sie und die pflegebedürftige Person benötigen wir, um Ihnen im Rahmen unserer Vermittlungsdienstleistungen eine auf die Bedürfnisse in Ihrem Haushalt und dem Grad des Pflegebedürfnisses geeignete Pflegekraft zu vermitteln und Sie- soweit erforderlich- kontaktieren zu können.

Unser Dienst endet nicht mit der reinen Vermittlung der Dienstleistung des Vertrages. Wir betrachten es vielmehr als selbstverständlich, Ihnen auch während des bestehenden Vertrages mit Rat und Hilfe zur Seite zu stehen. Zu diesem Zweck verwenden wir Ihre  Telefonnummer und E-Mail-Adresse auch dazu, Sie im Rahmen unseres persönlichen Kundenservices kontaktieren zu können, um uns über Ihre Zufriedenheit mit dem Betreuungspersonal zu erkundigen und um ggf. auftretende Probleme zu lösen.

​

Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben Auskunftsrecht über Ihre persönlichen Daten und jederzeit die Möglichkeit die von Ihnen hinterlegten Daten ändern und löschen zu lassen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail an uns. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

​

**Verwalter der personenbezogenen Daten:**

 **benway Sp. z o.o.**, ul. Jedrzychowska 49a, 65-385 Zielona Gora, Polen

E-Mail: info@benway-care.com

**Seite 1 von 2 / Datenschutz**

**Datenübertragung im Internet**

Der fachliche Austausch mit Kollegen und unseren kooperierenden Personaldienstleistern zur Erfüllung der Dienstleistung kann mündlich, schriftlich und per E-Mail erfolgen. Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet (zum Beispiel bei der Kommunikation per E-Mail) Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.

**Auftragsverarbeitung**

Wir nutzen für die Verarbeitung der Daten auch Dritte. Diese werden nach der DSGVO als Auftragsverarbeiter bezeichnet. Mit Auftragsverarbeitern haben wir entsprechende Verträge geschlossen. Diese Verträge regeln beispielsweise konkret, welche Daten wie vom Auftragsverarbeiter verarbeitet werden.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Daten nur zu den o.a. Zwecken verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wie Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen vorab diese Zweckänderung mit.

Sie bestätigen, dass Sie eine Kopie dieser Erklärung erhalten haben und erklären zugleich, dass Sie vom \*Dienstleistungsempfänger (Kunde) bevollmächtigt wurden, diese Erklärung abzugeben.

---------------------------------------------------------------------

Ort, Datum, Unterschrift Kunde / \*des Bevollmächtigten

**Seite 2 von 2 / Datenschutz**