



die pflegeFAIRmittler®
Osteuropäische Pflegekräfte für zuhause

Bedarfsanalyse

Ihre Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner:

Joanna Polujanska · Anna Dreher · Detlef Luckhardt

Büro Ulm

Magirus-Deutz-Str. 12, 89077 Ulm
Telefon: 0731 - 141 146 26
Telefax: 0731 - 141 146 31
E-Mail: post@pflegefairmittler.de

Büro Göppingen

Am Galgenberg 61, 73037 Göppingen
Telefon: 07161 - 304 6666
Telefax: 07161 - 304 6667
E-Mail: post@pflegefairmittler.de

(rot umrandete / rot markierte Felder sind zwingend auszufüllen)

Persönliche Daten

Diese Bedarfsanalyse ist die Grundlage für Ihren persönlichen Personalvorschlag: Erst mit Ihren Angaben können wir Ihnen eine oder mehrere passende Betreuungskräfte mit konkreten Kostenangaben vorschlagen. Nehmen Sie sich daher gerne etwas Zeit – Sie können jederzeit zwischenspeichern und später fortsetzen. Fragen, die Sie nicht beantworten möchten oder können, dürfen Sie frei lassen.

Terminart *

☐ fester Termin

☐ flexibler Termin

Leistungsbeginn am (TT.MM.JJJJ) *

Momentaner Aufenthaltsort

Zu betreuende Person

Vorname(n): *

Name:

Straße und Hausnummer: *

PLZ:

Wohnort:

Festnetztelefon

Mobiltelefon

Geboren am (TT.MM.JJJJ) *

Körpergröße (cm) ca.

Körpergewicht (kg) ca.

Kontaktperson

Vorname(n): *

Name:

Straße und Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:

Festnetztelefon *

Mobiltelefon *

Erreichbarkeit (telefonische Kontaktaufnahme am besten)

☐ vormittags

☐ nachmittags

☐ abends

E-Mail-Adresse

Beziehung zur zu betreuenden Person

☐ Ehepartner-in

☐ Lebenspartner-in

☐ Sohn/Tochter

☐ Enkel-in

☐ Gesetzliche-r Betreuer-in

☐ Andere

Notfallkontakt (falls abweichend von der Kontaktperson)

Name / Telefon

Haushaltssituation & Gesundheitliche Situation

Haushaltssituation *

☐ Lebt allein im Haushalt

☐ Zwei-Personen-Haushalt

Vorname(n) der 2. Person

Name der 2. Person

Geboren am (2. Person) (TT.MM.JJJJ)

(nur falls zutreffend)

Umgang mit weiteren Haushaltsmitgliedern

Nur sichtbar, wenn im Online-Formular NICHT „Lebt allein im Haushalt“ gewählt wurde – bitte im Papierformular nur ausfüllen, falls zutreffend.

Weitere Personen im Haushalt (z. B. Kinder, Mitbewohner)

Bitte nur kurz angeben, falls vorhanden (Name/Rolle genügt) – diese Personen werden nicht gesondert in der Bedarfsanalyse erfasst.

Mitversorgung/Unterstützung

☐ unterstützt bei Betreuung/Hauswirtschaft

☐ hauswirtschaftliche Mitversorgung erwünscht

☐ eigener Betreuungs-/Grundpflegebedarf (weitere Bedarfsanalyse folgt im Anschluss)

Zusätzliche Angaben

Gesundheitliche Situation und Einschränkungen

Erkrankungen

☐ ALS (Lateralsklerose)

☐ Allergien*

☐ Amputation*

☐ Arthrose

☐ Asthma

☐ Augenerkrankung*

☐ Bettlägerigkeit

☐ COPD

☐ Dauerkatheter

☐ Dekubitus (Druckgeschwür)*

☐ Demenz*

☐ Depression

☐ Diabetes*

☐ Durchblutungsstörung

☐ Epilepsie

☐ Gehschwäche

☐ Herzinfarkt

☐ Herzinsuffizienz

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Hypertonie | ☐ Inkontinenz* (Blase/Darm) |
| ☐ Knochenbruch (aktuell/kürzlich) | ☐ Lähmung (teilweise/vollständig) | ☐ Magen-/Darmerkrankung (chronisch) |
| ☐ Medikamente z. Blutverdünnung | ☐ Morbus Parkinson | ☐ Multiple Sklerose |
| ☐ Niereninsuffizienz | ☐ Osteoporose | ☐ Polyneuropathie |
| ☐ Prothese / Endoprothese (z. B. Hüfte, Knie) | ☐ Rheuma / Gicht | ☐ Schädel-Hirn-Trauma |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Schlaganfall* | ☐ Schwindel / Gleichgewichtsstörungen |
| ☐ Stoma* | ☐ Suchterkrankung (z. B. Alkohol) | ☐ Tumorerkrankungen* |
| ☐ Sonstiges* | | |

* bitte nähere Angaben zur Erkrankung bzw. zum betroffenen Organ (siehe Folgefragen unten, jeweils nur falls zutreffend)

Sonstiges (Erkrankung) – bitte angeben

(nur falls zutreffend)

Tumorerkrankung – aktueller Status

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ In aktiver Behandlung (z. B. Chemo-/Strahlentherapie) |
| ☐ In Nachsorge / Remission | ☐ Palliative Begleitung |
| ☐ Sonstiges | |

Schlaganfall – Art und Folgen

(nur falls zutreffend) – Erläuterung der Fachbegriffe: Ischämischer Schlaganfall, Hirnblutung, Hemiparese, Aphasie, Dysphagie (Wikipedia).

- | | |
|---|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Ischämischer Schlaganfall (Hirnfarkt) |
| ☐ Hämorrhagischer Schlaganfall (Hirnblutung) | ☐ Halbseitenlähmung (Hemiparese) |
| ☐ Sprachstörung (Aphasie) | ☐ Schluckstörung (Dysphagie) |
| ☐ Sonstige Folgen | |

Inkontinenz – welche Form?

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|---|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Harninkontinenz |
| ☐ Stuhlinkontinenz | ☐ Harn- und Stuhlinkontinenz |

Augenerkrankung – welche?

(nur falls zutreffend) – Erläuterung der Fachbegriffe: Katarakt, Glaukom, Makuladegeneration, Diabetische Retinopathie (Wikipedia).

- | | |
|--|---|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Grauer Star (Katarakt) |
| ☐ Grüner Star (Glaukom) | ☐ Makuladegeneration (AMD) |
| ☐ Diabetische Retinopathie | ☐ Sonstiges |

Amputation – welcher Bereich?

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Bein (Ober- oder Unterschenkel) |
| ☐ Fuß / Zehen | ☐ Arm (Ober- oder Unterarm) |
| ☐ Hand / Finger | ☐ Sonstiges |

Allergien – welche Art(en)?

(nur falls zutreffend)

- | | |
|--|--|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Pollen (Heuschnupfen) |
| ☐ Hausstaubmilben | ☐ Tierhaare |
| ☐ Nahrungsmittel | ☐ Insektengift |
| ☐ Medikamente | ☐ Kontaktallergie (z. B. Nickel, Latex) |
| ☐ Sonstiges | |

Stoma – welche Art(en)?

(nur falls zutreffend) – Erläuterung der Fachbegriffe: Kolostoma, Ileostoma, Urostoma, Tracheostoma, Gastrostoma/PEG-Sonde (Wikipedia).

- | | |
|--|---|
| ☐ ist mir im Detail nicht bekannt | ☐ Kolostoma (Dickdarm) |
|--|---|

- ☐ Ileostoma (Dünndarm)
☐ Tracheostoma (Lufttröhre)
☐ Sonstiges

- ☐ Urostoma (Harnableitung)
☐ Gastrostoma / PEG-Sonde (Magen)

Demenz – welche Form? (falls bekannt)

(nur falls zutreffend) – Quelle: Alzheimer Forschung Initiative e.V. (alzheimer-forschung.de/demenz/formen/). Erläuterung der Fachbegriffe auf Wikipedia.

- ☐ ist mir im Detail nicht bekannt
☐ Vaskuläre Demenz
☐ Parkinson-Demenz
☐ Chronisch-traumatische Enzephalopathie (CTE)
☐ Leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment, MCI)
- ☐ Alzheimer-Demenz
☐ Frontotemporale Demenz
☐ Lewy-Körperchen-Demenz
☐ Frühdemenz (Beginn vor dem 65. Lebensjahr)
☐ Sonstige Demenzform

Dekubitus – Versorgung

(nur falls zutreffend) – Wird die Wundversorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder durch Angehörige/selbstständig durchgeführt?

- ☐ ist mir im Detail nicht bekannt
☐ durch ambulanten Pflegedienst
☐ durch Angehörige / selbstständig

Diabetes – Typ

(nur falls zutreffend)

- ☐ ist mir im Detail nicht bekannt
☐ Typ 2
- ☐ Typ 1 (insulinabhängig)
☐ anderer Diabetes-Typ (z. B. Schwangerschaftsdiabetes)

Diabetes – Behandlung

(nur falls zutreffend)

- ☐ ist mir im Detail nicht bekannt
☐ orale Medikamente (Tabletten)
- ☐ Insulin (Spritze/Pen/Pumpe)
☐ Ernährungs-/Lebensstilanpassung ohne Medikamente

Zusätzliche Angaben

Schmerzen

Schmerzintensität aktuell

- ☐ keine Schmerzen ☐ geringe Schmerzen ☐ mittlere Schmerzen ☐ starke Schmerzen

Zusätzliche Angaben

Infektionen, Kommunikation, Orientierung

MRSA-Infektion bekannt

- ☐ Ja ☐ Nein

andere Infektion bekannt

- ☐ Ja ☐ Nein

Kürzlich ausgeheilte MRSA-Infektion (innerhalb der letzten 4 Wochen)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Bitte auch angeben, wenn die Infektion inzwischen als ausgeheilt gilt. Bei Angabe „Ja“ reichen Sie bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Ausheilung nach.

Kürzlich ausgeheilte andere Infektion (innerhalb der letzten 4 Wochen)?

☐ Ja

☐ Nein

Bitte auch angeben, wenn die Infektion inzwischen als ausgeheilt gilt. Bei Angabe „Ja“ reichen Sie bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Ausheilung nach.

Welche Infektion / ansteckende Erkrankung liegt vor

(nur falls zutreffend)

Bitte ärztliche Anweisungen zu Schutzmaßnahmen mitsenden.

Zusätzliche Angaben

Kommunikationsfähigkeit

Sprache

☐ uneingeschränkt

☐ sehr eingeschränkt

☐ teilweise eingeschränkt

☐ nicht sprachfähig (stumm)

Hörvermögen

☐ uneingeschränkt

☐ sehr eingeschränkt

☐ teilweise eingeschränkt

☐ gehörlos (taub)

Sehen

☐ uneingeschränkt

☐ sehr eingeschränkt

☐ teilweise eingeschränkt

☐ blind (keine Sehfähigkeit)

Hilfsmittel

☐ Brille

☐ Hörgerät

☐ Kontaktlinsen

☐ Cochlea-Implantat

Zusätzliche Angaben

Orientierungsfähigkeit

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
zeitlich	☐	☐	☐
örtlich	☐	☐	☐
persönlich	☐	☐	☐
situativ	☐	☐	☐

Zusätzliche Angaben

Mobilität und Bewegungsfähigkeit der zu betreuenden Person

Hilfsmittel

☐ Gehstock

☐ Rollator

☐ Rollstuhl

☐ elektr. Rollstuhl

☐ Rollator/Rollstuhl nicht erforderlich

Die Rollator-/Rollstuhl-Detailfragen unten bitte nur ausfüllen, falls das jeweilige Hilfsmittel oben angegeben wurde.

	ohne Hilfe	wenig Hilfe	umfangreiche Hilfe	vollständige Hilfe
Gehen	☐	☐	☐	☐
Stehen	☐	☐	☐	☐
Gehen am Rollator (in der Wohnung)	☐	☐	☐	☐
Gehen am Rollator (außerhalb)	☐	☐	☐	☐
Rollstuhlnutzung (in der Wohnung)	☐	☐	☐	☐
Rollstuhlnutzung (außerhalb)	☐	☐	☐	☐
Umsetzen / Transfer (vom Bett zum Toilettensstuhl etc.)	☐	☐	☐	☐
Umdrehen / Lagern im Bett	☐	☐	☐	☐
bettlägerig, mit Transfer	☐	☐	☐	☐
bettlägerig, ohne Transferbedarf	☐	☐	☐	☐

Transfer mit Patientenlifter

☐ ja / erforderlich

Zusätzliche Angaben

Technische Pflegehilfsmittel (vor Ort oder beantragt)

Technische Pflegehilfsmittel

☐ Toilettensitzerhöhung

☐ Duschhocker

☐ Pflegebett

☐ Patientenlifter

☐ Treppensteigergerät

☐ Toileten-Nachtstuhl

☐ Badewannenlift

☐ Anti-Dekubitusmatratze

☐ Treppenlift

☐ Kopfwaschbecken im Bett

Zusätzliche Angaben

Körperpflege und Ausscheidungen

	kein Hilfebedarf	teilweise	vollständig
Körperpflege im Bad	☐	☐	☐
Körperpflege im/am Bett	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐
Mund-/Zahnpflege	☐	☐	☐
Zahnprothesenpflege	☐	☐	☐
Haarwäsche im Bad	☐	☐	☐
Haarwäsche im Bett	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐
Hautpflege	☐	☐	☐
Nagel-/Fußpflege*	☐	☐	☐
Wechseln der Kleidung	☐	☐	☐

* bei Diabetes mellitus wird eine medizinische Nagel-/Fußpflege empfohlen

Zusätzliche Angaben

Hilfebedarf im Umgang mit Ausscheidungen

	kein Hilfebedarf	teilweise	vollständig
Toilettengang / Intimhygiene	☐	☐	☐
Wechseln der Vorlagen	☐	☐	☐
Windelversorgung im Bett	☐	☐	☐
Katheterbeutel leeren/wechseln	☐	☐	☐
Urinalkondom anlegen	☐	☐	☐
Stomabeutel leeren/wechseln	☐	☐	☐
Verdauung			
☐ normal	☐ Neigung zu Verstopfung	☐ Neigung zu Durchfall	
Hilfsmittel Ausscheidungen			
☐ Vorlagen	☐ Windeln	☐ Urinflasche	
☐ Inkontinenzhosen/Pants	☐ Katheter/SPK	☐ Urinalkondom	

Zusätzliche Angaben

Nachtruhe, Essen/Trinken, Therapien

Nachtruhe von (ca., hh:mm Uhr)

Nachtruhe bis (ca., hh:mm Uhr)

Schlafmedikament

☐ Ja

☐ Nein

nächtlicher Toilettengang ohne Hilfe

☐ Ja

☐ Nein

Nachteinsätze pro Nacht (ca.)

☐ keine Nachteinsätze

☐ 1 Nachteinsatz

☐ 2–3 Nachteinsätze

☐ mehr als 3 Nachteinsätze

Ein Nachteinsatz kann sehr unterschiedlich ausfallen – von einem kurzen Toilettengang bis zu einem längeren Einsatz mit anschließenden Einschlafschwierigkeiten. Details gerne unten unter „Zusätzliche Angaben“. Bei mehr als 3 Nachteinsätzen pro Nacht besprechen wir die genaue nächtliche Versorgung gerne im persönlichen Gespräch mit Ihnen.

Zusätzliche Angaben

Essen und Trinken

besondere Kostform/Diät

☐ Ja

☐ Nein

wenn ja, welche

(nur falls zutreffend)

Kau-/Schluckstörung

☐ Ja

☐ Nein

Unterstützungsbedarf beim Trinken / der Ernährung

☐ Ja

☐ Nein

Besonderheiten Essen/Trinken

☐ Flüssigkeitsaufnahme normal

☐ Anregung wird benötigt

☐ Flüssigkeiten müssen andickt werden

☐ Nahrung muss passiert werden (Brei)

☐ mundgerechtes/angepasstes Zubereiten

☐ Zwischenmahlzeiten

☐ Trinkmenge/Tag notieren

☐ PEG – Sondenernährung

☐ PEG – Flüssigkeitszufuhr

Zusätzliche Angaben

Aktuelle Therapien

Bestehen derzeit ergänzende Therapien im Alltag

☐ Nein

☐ Ja

Aktuelle Therapien

☐ Logopädie

☐ Physiotherapie

☐ Ergotherapie

☐ Dialyse

Dialyse – Häufigkeit/Woche

(nur falls zutreffend)

Zusätzliche Angaben

Tagesgestaltung & Pflegebedarf

selbstständige Tagesgestaltung

☐ Ja

☐ Nein

☐ benötigt Unterstützung/Anleitung

Interessen

☐ Kirche/Gottesdienst

☐ Politik/Tagesgeschehen

☐ Gesellschaftsspiele

☐ Garten/Gartenarbeit

☐ Spaziergänge

☐ Andere

Frühere berufliche Tätigkeit

Regelmäßige Außenaktivitäten

Wesen und Charakter

- | | |
|--|---|
| ☐ freundlich und offen | ☐ gesellig / kontaktfreudig |
| ☐ zurückhaltend / introvertiert | ☐ humorvoll |
| ☐ ruhig und ausgeglichen | ☐ ängstlich / unsicher |
| ☐ ungeduldig | ☐ eigenwillig / möchte vieles selbst bestimmen |
| ☐ anhänglich / braucht viel Ansprache | ☐ schätzt Ruhe und Rückzug |
| ☐ dankbar und zufrieden | ☐ leicht reizbar |
| ☐ Sonstiges | |

Sonstiges – bitte beschreiben

(nur falls zutreffend)

Zusätzliche Angaben

Derzeitiger Pflegebedarf – Pflegegrad – medizinische Versorgung

Medikamenteneinnahme

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| ☐ selbständig | ☐ unter Aufsicht | ☐ unselbständig |
|--------------------------------------|---|--|

Medikation wird gerichtet

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| ☐ selbständig | ☐ durch Angehörige | ☐ durch Pflegedienst |
|--------------------------------------|---|---|

Pflegegrad vorhanden

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Pflegegrad

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Pflegegrad 1 | ☐ Pflegegrad 2 | ☐ Pflegegrad 3 | ☐ Pflegegrad 4 | ☐ Pflegegrad 5 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

seit wann

(nur falls zutreffend)

Höherstufung beantragt

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Pflegedienst derzeit tätig

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

weitergehende Inanspruchnahme gewünscht

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Nein | ☐ Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Ja, für (nur falls zutreffend)

Tagespflege-Besuch vorgesehen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ja | ☐ Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

wie oft/Woche

(nur falls zutreffend)

Fortzuführende Leistungen durch Dritte

Zusätzliche Angaben

Hauswirtschaft & Wohnsituation

	Ja	Nein	nach Absprache
Mahlzeiten zubereiten/Kochen	☐	☐	☐
Unterhaltsreinigung des Wohnbereichs	☐	☐	☐
Wäsche waschen und versorgen	☐	☐	☐
Wäsche bügeln und wegräumen	☐	☐	☐
Einkauf/Besorgungen im Alltag	☐	☐	☐
Begleitung zum Arzt	☐	☐	☐
Begleitung zum Frisör/zur Fußpflege	☐	☐	☐
Haustiersversorgung	☐	☐	☐

Name/Art des Haustieres

(nur falls zutreffend)

Welche Maßnahmen werden in der Haustierpflege benötigt

(nur falls zutreffend)

Zusätzliche Angaben

Wohnsituation und örtliche Rahmenbedingungen

Wohnform / Lage

- | | |
|---|---|
| ☐ Wohnung | ☐ Einfamilienhaus |
| ☐ Zwei-/Mehrfamilienhaus | ☐ Betreutes Wohnen |
| ☐ Balkon/Terrasse | ☐ Garten |
| ☐ Stadt zentral | ☐ Stadt abgelegen |
| ☐ Dorf zentral | ☐ Dorf abgelegen |
| ☐ sehr weit abgelegen/Alleinlage | |

Wohnfläche ca. (qm)

(nur falls zutreffend)

Auto für Einkauf/Besorgungen vorhanden

- ☐ Ja ☐ Nein

Getriebe

(nur falls zutreffend)

☐ Handschaltung

☐ Automatik

Hersteller/Modell

(nur falls zutreffend)

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in

☐ ca. ¼ Std.

☐ ca. ½ Std.

☐ mehr als ½ Std.

☐ keine – Bus oder Auto nötig

Zusätzliche Angaben

Anforderungen an die Betreuungskraft

Nationalität

☐ keine Vorgabe

☐ bestimmtes Land (nur EU-Osteuropa)

Land (Mehrfachauswahl möglich)

(nur falls zutreffend)

☐ Polen

☐ Rumänien

☐ Bulgarien

☐ Ungarn

☐ Slowakei

☐ Tschechien

☐ Kroatien

☐ Litauen

☐ Lettland

☐ Estland

☐ Slowenien

Bitte alle akzeptablen Länder auswählen (Mehrfachauswahl möglich).

Geschlecht

☐ keine Vorgabe

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

☐ unbestimmt

Alter

(nur falls zutreffend)

☐ keine Vorgabe

☐ von – bis

Alter von

Alter bis

Deutschkenntnisse

☐ geringe

☐ mittlere

☐ gute bis sehr gute

Führerschein

☐ keine Vorgabe

☐ Ja, mit Fahrpraxis

☐ Nein

Hinweis: Diese Anforderung sollte mit Bedacht gewählt werden. Betreuungskräfte mit Führerschein, die zusätzlich bereit sind, in Deutschland zu fahren, sind seltener verfügbar – das Angebot passender Kräfte sinkt dadurch spürbar, und es ist meist mit einem Preisaufschlag verbunden. Bei nur gelegentlichen Fahrten kann ein Taxi oder ein ärztlich verordneter Fahrdienst oft die günstigere Lösung sein.

Rauchen der Betreuungskraft

☐ keine Vorgabe

☐ Ja, nur draußen

☐ Nein

Zusätzliche Angaben

Raucherstatus im Haushalt der zu betreuenden Person

Relevant für die Vermittlung einer passenden Betreuungskraft.

zu betreuende Person raucht

☐ Ja

☐ Nein

Raucherhaushalt (andere Personen)

☐ Ja

☐ Nein

Unterbringung, Ausstattung, Kommunikationsmittel

Standard: abschließbarer Raum, Tageslichtfenster, Heizung min. 21°C, Bett, Tisch, Schrank, Stuhl, Mitbenutzung von Bad und Küche. Ein eigener Internetzugang (WLAN) ist für die Betreuungskraft in der Regel sehr wichtig, um mit der Familie im Heimatland in Kontakt zu bleiben, und wird dringend empfohlen.

Ausstattung

☐ Balkon/Terrasse

☐ eigenes Bad

☐ Teeküche/separat

☐ Radio im Zimmer

☐ TV im Zimmer

Internetzugang

☐ LAN/WLAN Anschluss

☐ USB-Stick

☐ Nein

Zusätzliche Angaben

Freizeitabsprachen mit der Betreuungskraft

Freizeitabsprache

☐ zu betreuende Person(en) und Betreuungskraft stimmen sich direkt miteinander ab

☐ Angehörige bzw. Verantwortliche stimmen sich mit der Betreuungskraft ab

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (Art. 9 DSGVO)

Diese Bedarfsanalyse enthält Angaben zu Pflegegrad, Erkrankungen, Mobilität, Medikation und weiteren gesundheitlichen Aspekten der zu betreuenden Person – Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO.

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass diese Gesundheitsdaten von der pflegeFAIRmittler zum Zweck der Auswahl und Vermittlung einer geeigneten Betreuungskraft sowie der Angebotserstellung verarbeitet werden.

☐ Ich willige ferner ein, dass die Bedarfsanalyse zu diesem Zweck an Partnerunternehmen in osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten weitergegeben wird. Diese wählen die Betreuungskraft eigenständig aus ihrem Kräftepool aus und verarbeiten die Daten insoweit als eigenständig Verantwortliche.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen, z. B. per E-Mail an info@pflegefairmittler.de. Weitere Informationen in der Datenschutzerklärung (Abschnitt 5.5).

Weitere Bestätigungen

Wer füllt dieses Formular aus? *

☐ Die zu betreuende Person selbst

☐ Eine andere (bevollmächtigte) Person

Nur wenn eine andere Person die Bedarfsanalyse für den/die Betroffene(n) ausfüllt, ist eine Bevollmächtigung erforderlich.

☐ Ich habe die Daten nach bestem Wissen vollständig und richtig angegeben.

☐ Ich bin bevollmächtigt, diese Daten für die Bearbeitung einer Personalanfrage und Angebotserstellung an die pflegeFAIRmittler weiterzugeben. (nur falls zutreffend)

Vollmachtsart

- ☐ Vorsorgevollmacht
☐ Generalvollmacht
☐ Betreuungsverfügung mit gerichtlich bestellter Betreuung
☐ Ehegatten-Notvertretungsrecht (§ 1358 BGB, nur Ehe-/Lebenspartner, max. 6 Monate)
☐ Formlose/spezielle Vollmacht nur für diese Anfrage
☐ Sonstiges

☐ Eine gültige Vollmacht liegt vor bzw. wird auf Anfrage vorgelegt. (nur falls zutreffend)

Datum (TT.MM.JJJJ) *

Name (zu betreuende Person bzw. bevollmächtigte Person) *

Unterschrift (zu betreuende Person / ggf. bevollmächtigte Person; handschriftlich)

Zum Schluss

Zum Schluss gestatten Sie uns noch eine kurze Frage, denn wir würden natürlich gern wissen, wie Sie zu uns fanden:

- | | |
|---|--|
| ☐ Internetsuche | ☐ Empfehlung im Privatbereich |
| ☐ Beratungsstelle | ☐ Krankenhaus |
| ☐ Arzt/Ärztin | ☐ Prospektauslage bei |
| ☐ Pflegestützpunkt | ☐ Pflegedienst |
| ☐ Andere | ☐ KI-Suche (z. B. ChatGPT, Claude, Perplexity, Google Gemini) |

Internetsuche über (Suchbegriff)

(nur falls zutreffend)

KI-Suche über (welches Tool)

(nur falls zutreffend)

Prospektauslage bei

(nur falls zutreffend)

Pflegestützpunkt in

(nur falls zutreffend)

Name des Pflegedienstes

(nur falls zutreffend)

Andere, und zwar

(nur falls zutreffend)

Wir erhalten von Ihnen persönliche Angaben, die wir den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz entsprechend vertraulich behandeln werden. Unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Internetseite unter dem Link <https://www.pflegefairmittler.de/datenschutz>

Die Bearbeitung Ihrer Personalanfrage und die Angebotserstellung erfolgen unverbindlich und kostenlos!

Unser Angebot - Ihr Vertrauen - Unsere Verpflichtung

Ihr Team der pflegeFAIRmittler freut sich auf eine gute Zusammenarbeit!