

Tarif: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_



Pflegevermittlung Himmelmann  
Annabergstraße 160  
45721 Haltern am See  
Tel: +49 (0) 2364 / 50 39 037  
Email: ah@pflegevermittlung-himmelmann.de

## 1. PERSONENDATEN

- **Ansprechpartner**

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon/Handy:.....

E-Mail: .....

- **Leistungsempfänger**

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon/Handy: .....

E- Mail: .....

## 2. ANGABEN ZUR PFLEGE

Größe: .....cm

Gewicht: .....kg

Geburtsdatum: .....

**Pflegegrad:**

ja

nein

ein Pflegegrad ist beantragt

Grad.....

## 3. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM ANSPRECHPARTNER

.....

- **Wer soll Vertragspartner werden?**

Ansprechpartner

Leistungsempfänger

- **Rechnungsstellung erfolgt an:**

Ansprechpartner

Leistungsempfänger



#### 4. GESUNDHEITSMERKMALE

• **Mobilität:**

- selbständig       mit Unterstützung       Rollstuhl       bettlägerig

**Die Pflegeperson:**

- ...muss angehoben werden       ... kann dabei mithelfen       ... kann selbständig aufstehen

**Wie erfolgt Transfer?**

---

---

---

---

• **geistiger Zustand:**

- klar       apathisch       teilnahmslos  
 verwirrt       depressiv       aggressiv

• **Toilette:**

- selbstständig       mit Hilfe       Teilinkontinenz       Vollinkontinenz

**Hilfsmittel**

- Vorlagen       Urinflasche       Windeln       Dauerkatheter

• **Orientierung:**

- zeitlich       ja       zeitweise       gar nicht  
Örtlich       ja       zeitweise       gar nicht  
persönlich       ja       zeitweise       gar nicht

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                 | <input type="checkbox"/> MS-Patient                | <input type="checkbox"/> Parkinson         |
| <input type="checkbox"/> Demenz                    | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter             | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit   |
| <input type="checkbox"/> Tumor                     | <input type="checkbox"/> Druckgeschwür             | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit     |
| <input type="checkbox"/> zeitliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> räumliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> Asthma            |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz               | <input type="checkbox"/> Rheuma                    | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Allergien                 | <input type="checkbox"/> Stoma                     | <input type="checkbox"/> Osteoporose       |
| <input type="checkbox"/> PGE Sonde                 |  |  |

**Weitere Krankheiten:**

.....

.....

.....



• **Diät:**

ja (welche): .....  nein

• **Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen und welche Pflgetätigkeiten erbringen?

.....  
.....  
.....

• **Es besteht Hilfsmittel:**

Hebegurt     Hebesitz     Patientenlift     Wannenlifter     Hörgerät  
 Rollator     Rollstuhl     Pflegebett     Dekubitusmatratze     Toilettenstuhl  
 andere

.....

• **Kommunikationsfähigkeit:**

Sprache	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> geringe Einschränkung	<input type="checkbox"/> starke Einschränkung
Sehkraft	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> geringe Einschränkung	<input type="checkbox"/> starke Einschränkung
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> geringe Einschränkung	<input type="checkbox"/> starke Einschränkung

.....  
.....  
.....

**Nachtruhe:**

ungestört                       gelegentlich gestört                       oft erhebliche Unruhe  
 regelmäßig nächtliche Betreuung

**Eventuelle Ergänzungen zum nächtlichen Verhalten der/des Patientin/-en:**

.....  
.....  
.....



• **Charakter und Wesen des Patienten:**

---

---

---

**5. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:**

• **Pflegerische Tätigkeiten:**

An-/ auskleiden	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Mundpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Oberkörper	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Intimpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Haare waschen/kämmen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Rasieren	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Handpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Toilettengang	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Windeln wechseln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfestellung beim stehen/gehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Begleitung beim Arztbesuch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

**weiteres:**.....

.....

• **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:**

- Reinigung der Wohnung  Kochen (für wie viel Personen ohne Betreuerin?.....)
- Wäsche waschen  Einkaufen
- Bügeln
- Spazieren gehen:  mit Gehstock  mit Gehilfe  im Rollstuhl  Rollator  ohne Hilfe
- aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)

**Andere Tätigkeiten:**.....

.....



## 6. ANGABEN ZUM HAUSHALT

- **Art des Haushaltes:**

Wohnung

Haus

Fläche ca..... m2

- **Treppensteigen für Patienten im Haus notwendig?:**

Ja

Nein

- **Lage:**

Großstadt-zentral

Großstadt-abgelegen

Kleinstadt

Dorf

Ländlich

- **Wohnt Pflegeperson alleine?:**

\_\_\_\_\_

- **Wie regelmässig erfolgt Besuch durch Familie?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Gibt es Haustiere zu Hause?**

ja

nein

- **Wenn ja, welche? .....**

- **Ist Autofahren/Führerschein zwingend notwendig?**

ja

nein

- **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

ca.10 min.

ca.20 min.

ca.40min.

1 Stunde

länger als 1 Stunde

## 7. PERSONALANFORDERUNGEN

- **Gewünschtes Datum des Einsatzbeginns: .....**

- **Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes: .....**

- **Geschlecht des Personals:**

weiblich

männlich

egal

- **Alter:**

20-30

30-40

40-50

älter als 50 Jahre

egal

- **Kräftige Person:**

egal

ja, da schwergewichtiger Patient

- **Nichtraucher/in:**

egal, aber draußen

ja, sehr wichtig



- **Deutschkenntnisse:**

- erweiterte Grundkenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten
- gute Kenntnisse – einfache, normale Unterhaltung ist möglich

- **Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:**

- eigenes Bad       TV Gerät       Internet Anschluss

Sonstiges:.....  
.....  
.....

- **Sonstiges:**

**Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen, oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 8. Datenschutzerklärung

Der Schutz und die Sicherheit von persönlichen Daten hat bei uns eine hohe Priorität. Daher halten wir uns strikt an die Regeln des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Nachfolgend werden Sie darüber informiert, zu welchem Zweck sie erhoben werden:

### 1. Nutzung persönlicher Daten

Persönliche Daten werden nur erhoben oder verarbeitet, wenn Sie diese Angaben freiwillig im Rahmen einer Betreuungsanfrage mitteilen. Sofern keine erforderlichen Gründe im Zusammenhang mit einer Geschäftsabwicklung bestehen, können Sie jederzeit die zuvor erteilte Genehmigung Ihrer persönlichen Datenspeicherung mit sofortiger Wirkung schriftlich (z.B. per E-Mail) widerrufen. Ihre Daten werden ausschließlich an Vermittlungsagenturen weitergegeben, damit ein Bedarfsprofil für die Betreuung erstellt werden kann. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergeben, es sei denn, eine Weitergabe ist aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich.

### 3. Auskunft, Änderung und Löschung Ihrer Daten

Gemäß geltendem Recht können Sie jederzeit bei uns schriftlich nachfragen, ob und welche personenbezogenen Daten bei uns über Sie gespeichert sind. Eine entsprechende Mitteilung hierzu erhalten Sie umgehend.

### 4. Sicherheit Ihrer Daten

Ihre uns zur Verfügung gestellten persönlichen Daten werden durch Ergreifung aller technischen sowie organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen so gesichert, dass sie für den Zugriff unberechtigter Dritter unzugänglich sind. Bei Versendung von sehr sensiblen Daten oder Informationen ist es empfehlenswert, den Postweg zu nutzen, da eine vollständige Datensicherheit per E-Mail nicht gewährleistet werden kann.

Mit meiner Unterschrift willige ich die Erhebung und die Speicherung der Angaben aus diesem Fragebogen ein. Ich erteile meine Einwilligung zur Übermittlung dieses Fragebogens an Vermittlungsagenturen in EU Ausland, die Geschäftspartner von Pflegevermittlung Himmelmann sind.

Name \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_