

BENÖTIGTE BETREUUNG		
Betreuungsart:		
<input type="checkbox"/> 24 Stunden Betreuung Mobiler Hauskrankenpflegedienst: <input type="checkbox"/> wird bereits in Anspruch genommen von: <input type="text"/> Telefon: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> wird zusätzlich gewünscht <input type="checkbox"/> wird nicht gewünscht	<input type="checkbox"/> Tagesbetreuung Gewünschte Wochentage: <input type="checkbox"/> Flexibel <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> SO Stunden/Tag: <input type="text"/> Uhrzeit (von – bis): <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Stundenweise Betreuung Gewünschte Wochentage: <input type="checkbox"/> Flexibel <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> SO Stunden/Woche: <input type="text"/> Uhrzeit (von – bis): <input type="text"/> - <input type="text"/>
Qualifikation:	Sprachkenntnisse:	
<input type="checkbox"/> BetreuerIn <input type="checkbox"/> PflegerIn <input type="checkbox"/> Diplom-KrankenpflegerIn	Deutsch: <input type="checkbox"/> Anfänger-Kenntnisse <input type="checkbox"/> Fortgeschrittene Kenntnisse <input type="checkbox"/> Sehr gute Kenntnisse	Englisch: <input type="checkbox"/> Anfänger-Kenntnisse <input type="checkbox"/> Fortgeschrittene Kenntnisse <input type="checkbox"/> Sehr gute Kenntnisse
Gewünschter Beginn des Betreuungsverhältnisses (Datum): <input type="text"/>		

KONTAKTPERSON			
Anrede:	Titel:	Vorname:	Nachname:
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer:	PLZ:	Ort:	Bundesland:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon Mobil:	Telefon Festnetz:	Emailadresse:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Die zu betreuende Person ist mein/meine:			
<input type="checkbox"/> EhepartnerIn <input type="checkbox"/> LebensgefährtIn <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Onkel/Tante <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester <input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis:			

DATEN DER ZU BETREUENDEN PERSON			
Anrede:	Titel:	Vorname:	Nachname:
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer:	PLZ:	Ort:	Bundesland:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	Telefon Mobil/Festnetz:	PKW vorhanden:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

UMFELD		
Wohnverhältnisse:	Weitere Personen im selben Haushalt:	Haustiere (Art u. Anzahl):
<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Separates, adäquates Zimmer für die Betreuungsperson ist vorhanden		

PFLEGEDATEN		
Gewicht d. Klienten/in (kg):	Pfleigestufe:	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
Hausarzt/ärztin:	Beschreibung des Gesundheitszustandes:	
Name: <input type="text"/> Telefon: <input type="text"/>		
Bereits bekannte Diagnosen:		
<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Aggression <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Sonstige psychische Störungen: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> Dauerkatheder <input type="checkbox"/> Stomaversorgung <input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Verbandswechsel <input type="checkbox"/> Insulin Injektion <input type="checkbox"/> Thrombose Injektion <input type="checkbox"/> Allergien: <input type="text"/>
Hilfsmittel (Mobilität/Sanitär):	Ernährungsbesonderheiten/Diäten:	
<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Krücken <input type="checkbox"/> Einlagen <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz <input type="checkbox"/> Gluten-Intoleranz <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Unterernährungsgefahr <input type="checkbox"/> Dehydrationsgefahr <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergien: <input type="text"/>

WEITERE ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSPERSON			
Haushaltsführung:	Lebensführung:	Soziale Betreuung:	Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Kochen <input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Wohnraumpflege <input type="checkbox"/> Wäschepflege <input type="checkbox"/> Pflanzenpflege <input type="checkbox"/> Haustier-Versorgung <input type="checkbox"/> Botengänge	<input type="checkbox"/> Tagesgestaltung <input type="checkbox"/> Motivation <input type="checkbox"/> Vorbereitung für einen Ortswechsel	<input type="checkbox"/> Geistige Mobilisation <input type="checkbox"/> Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten zu Familie und Freunden <input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten	



ANMERKUNGEN

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Die Speicherung bzw. Weitergabe an Dritte der in diesem Formular von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten durch die **H24 Hilfe ~ Betreuung ~ Pflege GmbH** erfolgt ausschließlich zum Zweck der Vermittlung von Betreuungspersonal an hilfe- und pflegebedürftige Menschen und nicht zu Werbe- oder sonstigen unlauteren Zwecken. Darüber hinaus kann die **H24 Hilfe ~ Betreuung ~ Pflege GmbH** zu einer Offenlegung und Übermittlung der Daten gesetzlich, durch gerichtliches Urteil oder behördliche Anordnung verpflichtet sein.

Die Löschung der gespeicherten personenbezogenen Daten erfolgt, wenn Sie Ihre Einwilligung zur Speicherung widerrufen, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung des mit der Speicherung verfolgten Zwecks nicht mehr erforderlich ist oder wenn ihre Speicherung aus sonstigen gesetzlichen Gründen unzulässig ist.

Mit dem Absenden dieses Formulars bzw. mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie diese Datenschutzerklärung gelesen sowie verstanden zu haben und erklären sich mit dem Inhalt dieser einverstanden.

Unterschrift

Ort, Datum