

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Sollten mehr als eine Person betreut werden, bitten wir Sie zwei Fragebögen auszufüllen.

1. Angaben zur Kontaktperson (Auftraggeber)

Name _____ Vorname _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person (Sohn, Nachbar, usw.) _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Festnetz _____ Handynummer _____

E-Mail _____

1.1 Angaben zur Kontaktperson vor Ort

Name _____ Vorname _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person (Sohn, Nachbar, usw.) _____

Festnetz _____ Handynummer _____

Ich bestätige, zur Weitergabe der obigen personenbezogenen Daten der Kontaktperson/-en berechtigt zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift des Auftragsgebers bzw. Bevollmächtigter

1.2 Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Größe _____

Gewicht _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Festnetz _____ Handynummer _____

Hausarzt _____

2. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Kein Pflegegrad:

beantragt 1 2 3 4 5

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Seit wann gibt es einen Pflegegrad (Datum)? _____

Krankenkasse _____

Ist der Kunde gesetzlich oder privat versichert? gesetzlich privat

2.1 Krankheitsbilder

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Demenz (fortgeschritten) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Dermatitis (atopisch) | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall re. |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall li. |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tumor |

Sonstige Diagnosen: _____

Ist die zu betreuende Person Raucher? ja nein

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche? _____

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche? _____

2.2 Kommunikation

| Kommunikation | uneingeschränkt | teilweise eingeschränkt | eingeschränkt |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hören | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hilfsmittel

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hörgerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja: kann selbständig einsetzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Brille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja: kann selbständig aufsetzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

2.3 Orientierung

| | uneingeschränkt | teilweise eingeschränkt | eingeschränkt |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Persönlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.4 Gemütszustand

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ängstlich | <input type="checkbox"/> Apathisch | <input type="checkbox"/> Fordernd | <input type="checkbox"/> Fröhlich |
| <input type="checkbox"/> Gereizt | <input type="checkbox"/> Offen | <input type="checkbox"/> Lieb | <input type="checkbox"/> Launisch |
| <input type="checkbox"/> Euphorisch | <input type="checkbox"/> Bestimmend | <input type="checkbox"/> Sensibel | <input type="checkbox"/> Positiv |
| <input type="checkbox"/> Labil | <input type="checkbox"/> Zurückhaltend | <input type="checkbox"/> Kritisch | <input type="checkbox"/> Negativ |

Sonstige: _____

2.5 Sich bewegen

- Ist die zu betreuende Person bettlägerig? ja nein
- Sollte die zu betreuende Person gelagert werden? ja nein
- Falls ja: kann die zu betreuende Person mithelfen? ja nein
- Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? ja nein
- Arbeitet die zu betreuende Person beim Transfer mit? ja nein

| | uneingeschränkt | teilweise eingeschränkt | eingeschränkt |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppen steigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Kann sich die zu betreuende Person selbständig mit einem Rollator fortbewegen? ja nein
- Innerhalb der Wohnung ja nein Außerhalb der Wohnung ja nein
- Kann sich die zu betreuende Person selbständig im Rollstuhl fortbewegen? ja nein
- Innerhalb der Wohnung ja nein Außerhalb der Wohnung ja nein

Hilfsmittel

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Transferlifter |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Treppenlifter | |

2.6 Inkontinenz

Urininkontinenz ja gelegentlich nein

Stuhlinkontinenz ja gelegentlich nein

Ist die selbständige Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls möglich?

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Falls eingeschränkt, wie oft? _____

Hilfsmittel

Blasenkatheter Windeln Suprapubischer Katheter

Urinflasche Vorlagen

Sonstige _____

2.7 Hygiene

| | uneingeschränkt | teilweise eingeschränkt | eingeschränkt |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Duschen / Baden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundpflege / Zahnprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haarpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intimpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hilfsmittel

Nachtstuhl Duschstuhl Badewannenlift Toilettensitzerhöhung

Pflegehilfsmittel (wie Einweghandschuhe, Windeln, Desinfektionsmittel etc.) sind in einem Haushalt mit pflegebedürftiger Person obligatorisch. Zuschüsse für Pflegehilfsmittel können Sie beantragen. Wir empfehlen einen "Dauerauftrag" über einen Lieferdienst.

2.8 Essen und Trinken

| | uneingeschränkt | teilweise eingeschränkt | eingeschränkt |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kauen und Schlucken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| PEG Sonde | Ernährungszustand | Kostform / Diät | Trinkmenge |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Normal |
| | <input type="checkbox"/> Unterernährt | <input type="checkbox"/> Vollwert | <input type="checkbox"/> Wenig |
| | <input type="checkbox"/> Fettleibig | <input type="checkbox"/> Vegetarisch | <input type="checkbox"/> Viel |
| | <input type="checkbox"/> Entwässert | <input type="checkbox"/> Sonderkost | |
| | | <input type="checkbox"/> Diabeteskost | |

Lieblingsspeisen / Getränke _____

2.9 Sich kleiden

| | selbständig | mit Unterstützung | mit voller Unterstützung |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ankleiden Oberteil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden Unterhose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden Hose/Rock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden Schuhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auskleiden Oberteil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auskleiden Unterhose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auskleiden Hose/Rock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auskleiden Schuhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.10 Ruhen und Schlafen

| | uneingeschränkt | teilweise eingeschränkt | eingeschränkt |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Schlafmedikation: _____

Bemerkungen (wie oft steht die zu betreuende Person jede Nacht auf und aus welchem Grund?)

Wie oft muss die Betreuungskraft in der Nacht voraussichtlich aufstehen und helfen? _____

Bei welchen Tätigkeiten? _____

3. Pflegedienst

Notrufsystem ja nein

Kommt bereits ein ambulanter Pflegedienst? ja nein

Falls nein, wurde ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wie oft kommt der Pflegedienst? _____

Für welche Tätigkeiten? _____

Welche Leistungen erbringt der Pflegedienst?

Behandlungspflege SGB V Pflegesachleistung SGB XI Betreuungsleistungen §45b

Tagespflege ja nein Wie oft? _____

4. Therapien

Wird bei der zu betreuenden Person eine Therapie durchgeführt?

Logopädie Ergotherapie Krankengymnastik Beschäftigungstherapie

Therapeut kommt ins Haus? ja nein

Therapeut extern? ja nein

Wie oft pro Woche? _____

5. Angaben und Aufgaben zur Betreuungskraft

Geschlecht: Frau Mann irrelevant

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten? _____

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes? _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes? _____

5.1 Angaben zur Tätigkeit der Betreuungskraft

kochen einkaufen gehen Wäsche waschen Pflege der Zimmerpflanzen
 bügeln spazieren gehen Reinigung des Arbeitsplatzes Auto fahren:
 Arztbesuche gemeinsame Ausflüge Freizeitgestaltung Schaltgetriebe
 Automatikgetriebe

5.2 Beschreibung der Unterkunft

Wenn kein eigenes Zimmer zur Verfügung gestellt werden kann, kann unsere Dienstleistung nicht erbracht werden!

Die zu betreuende Person lebt:

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Großstadt - zentral | <input type="checkbox"/> Großstadt - Vorort | <input type="checkbox"/> Kleinstadt | <input type="checkbox"/> Dorf |
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ca. 10 Min. | <input type="checkbox"/> ca. 20 Min. | <input type="checkbox"/> ca. 30 Min. | <input type="checkbox"/> von der Familie erledigt |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

Mit wem wohnt die zu betreuende Person?

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann /Partner | <input type="checkbox"/> Enkel/Enkelin | <input type="checkbox"/> Mehrgenerationenhaushalt | <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter |
| <input type="checkbox"/> Bruder/ Schwester | <input type="checkbox"/> Alleine | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Tätigkeiten für Mitbewohner? ja nein

Falls ja, welche? _____

Gibt es Haustiere? ja nein

Falls ja, welche? _____

Sollen die Haustiere von der Betreuungskraft versorgt werden? ja nein

Zimmerausstattung der Betreuungskraft

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> Schrank |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Computer |

Jede Betreuungskraft braucht auch Zeit für sich zur Regeneration, um anschließend wieder gestärkt an die Arbeit zu gehen.

Wie ist die Freizeit der Betreuungskraft geregelt? _____

Wer übernimmt in dieser Zeit die Betreuung? _____

Für Freizeit der Betreuungskraft steht zur Verfügung: Garten Fahrrad

Wie sind Sie auf PROMEDICA PLUS aufmerksam geworden?

- | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Anwesend bei der Erstellung der Anamnese Kunde Angehörige / Bezugsperson Pflegekraft (z.B. Pflegedienst)

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / des Bevollmächtigten

Unterschrift PROMEDICA

I. WENN DER BETREUUNGSBOGEN VON DER ZU BETREUENDEN PERSON SELBST UNTERSCHRIEBEN WIRD

Sie haben die Möglichkeit die erteilte Einwilligung per E-Mail an folgende Adresse: datenschutz@promedicaplus.de oder telefonisch unter der Nummer: +49 201 49 86 90 25 jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung und Erfüllung von Marketingaufgaben, die aufgrund der Einwilligung bis zu ihrem Widerruf erfolgte.

Einwilligung zur Unterbreitung eines Angebots:

- Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Daten, durch die Gesellschaft Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.k. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen) zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrags über die Erbringung von Betreuungsleistungen ein. Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum und Unterschrift

Marketing-Einwilligungen

Ich willige ein, von der Gesellschaft Promedica Care Sp. z o.o. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen), Marketing- und Werbeinformationen, zu den Dienstleistungen der Promedica24-Gruppe, Verbraucherbefragungen, Preisausschreiben, Sonderaktionen und Events, die durch die Unternehmen, die der Promedica24-Gruppe angehören, organisiert werden, zu erhalten:

- | | | |
|------------------------|--|--|
| per elektronische Post | <input type="checkbox"/> ja, ich willige ein | <input type="checkbox"/> nein, ich willige nicht ein |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> ja, ich willige ein | <input type="checkbox"/> nein, ich willige nicht ein |

Einwilligung in die Datenweitergabe

ich möchte regelmäßig interessante Angebote über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von mir gegenüber Promedica Care Sp. z o.o. mit Sitz in Warschau, (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen), angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner zu Beratungszwecken weitergegeben werden habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen. Die oben genannte Angebote möchte ich auf folgenden Kommunikationswegen erhalten:

- | | | |
|-------------|--|--|
| per Email | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |
| per Post | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |

- Ich akzeptiere alle oben genannten Marketing-Zustimmungen

Ort, Datum und Unterschrift

II. WENN DER BETREUUNGSBOGEN VON EINER ANDEREN PERSON (BEVOLLMÄCHTIGER) UNTERSCHRIEBEN WIRD

Sie haben die Möglichkeit die erteilte Einwilligung jederzeit per E-Mail: datenschutz@promedicaplus.de oder telefonisch: +49 201 49 86 90 25 zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zu Widerruf vorgenommen wurde.

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten der zu betreuenden Person

- Ich willige in die Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten von (Vor- und Nachname der zu betreuenden Person) durch die Gesellschaft Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.k. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen), zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrags über die Erbringung von Betreuungsleistungen ein.

Hiermit erkläre ich, dass ich zur Abgabe der obigen Erklärungen über die Verarbeitung personenbezogener Daten bevollmächtigt bin.

Ort, Datum und Unterschrift

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten des Bevollmächtigten (der Bevollmächtigte gibt seine Kontaktdaten an, die verwendet werden).

- Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Gesellschaft Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.k. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen), zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für Betreuungsleistungen und zum Zweck der Realisierung des Vertrags zugunsten der Person, in deren Vollmacht ich handele, ein.

Ort, Datum und Unterschrift

Marketing-Einwilligungen

Ich willige ein, von der Gesellschaft Promedica Care Sp. z o.o. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen), Marketing- und Werbeinformationen zu erhalten, die Informationen über die Dienstleistungen der Promedica24-Gruppe, Verbraucherbefragungen, Preisausschreiben, Sonderaktionen und Events, die durch die Unternehmen, die der Promedica24-Gruppe angehören, organisiert werden, enthalten:

- | | | |
|------------------------|--|--|
| per elektronische Post | <input type="checkbox"/> ja, ich willige ein | <input type="checkbox"/> nein, ich willige nicht ein |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> ja, ich willige ein | <input type="checkbox"/> nein, ich willige nicht ein |

Einwilligung in die Datenweitergabe

ich möchte regelmäßig interessante Angebote über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von mir gegenüber Promedica Care Sp. z. o.o. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen), angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner zu Beratungszwecken weitergegeben werden, habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen. Die oben genannte Angebote möchte ich auf folgenden Kommunikationswegen erhalten:

- | | | |
|-------------|--|--|
| per Email | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |
| per Post | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |

- Ich akzeptiere alle oben genannten Marketing-Zustimmungen

Ort, Datum und Unterschrift

Der Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

Promedica24 EU Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen) – bei der Erteilung der Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit Ihnen und Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen oder Promedica Care Sp. z o.o. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen) – bei Erteilung der Einwilligung zum Erhalt von Marketing- und Werbeinformationen.

- Ausführliche Informationen über den Schutz der personenbezogenen Daten finden Sie unter: www.promedicaplus.de
- Um ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten zu erhalten, kontaktieren Sie bitte den
- Datenschutzbeauftragten per Email an: datenschutz@promedicaplus.de.
- Zugang zu Ihren Daten haben nur unsere Mitarbeiter, Vertreter sowie Unternehmen aus der Promedica24-Gruppe, welche mit unserer Gesellschaft zusammenarbeiten und Wirtschaftsbeteiligte außerhalb der Promedica24-Gruppe, die für uns IT-, Telekommunikations- und Marketing-Dienstleistungen, die unsere Tätigkeit unterstützen, erbringen. Diese Unternehmen werden ausschließlich zu Marketingzwecken für die Promedica 24-Gruppe oder um Ihnen unser Angebot darzulegen Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten haben. Das gilt auch für Unternehmen, die in den von Vereinigten Staaten von Amerika tätig sind und die uns in den Bereichen IT und Telekommunikation unterstützen. Diese Unternehmen sind dem EU-US-Datenschutzschild-Abkommen beigetreten, das durch die Europäische Kommission akzeptiert wurde, was bedeutet, dass sie die personenbezogenen Daten ordnungsgemäß schützen.
- Die Angabe der personenbezogenen Daten ist freiwillig, jedoch für die Erreichung der o.g. Zwecken notwendig.
- Die rechtliche Grundlage für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten ist:
 - Handlungsbedarf vor Abschluss des Vertrags und seine Umsetzung;
 - Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten
 - rechtlich begründetes Interesse der Gesellschaften Promedica Care Sp. z o.o., und Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.k. am Aufbau positiver Beziehungen mit den Kunden und zur Durchführung von Marketingaktivitäten - in Bezug auf die Gesellschaften Promedica24 Care Team Sp. z o.o. Sp.k. Promedica Care Sp. z o.o. und Gesellschaften der Gruppe Promedica24.
- Zugang zu Ihren Daten haben nur unsere Mitarbeiter, Vertreter sowie Unternehmen aus der Promedica24-Gruppe, welche mit unserer Gesellschaft zusammenarbeiten und Wirtschaftsbeteiligte außerhalb der Promedica24-Gruppe, die für uns IT-, Telekommunikations- und Marketing-Dienstleistungen, die unsere Tätigkeit unterstützen, erbringen. Diese Unternehmen werden ausschließlich zu Marketingzwecken für die Promedica 24-Gruppe oder um Ihnen unser Angebot darzulegen Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten haben. Das gilt auch für Unternehmen, die in den von Vereinigten Staaten von Amerika tätig sind und die uns in den Bereichen IT und Telekommunikation unterstützen. Diese Unternehmen sind dem EU-US-Datenschutzschild-Abkommen beigetreten, das durch die Europäische Kommission akzeptiert wurde, was bedeutet, dass sie die personenbezogenen Daten ordnungsgemäß schützen.
- Folgende personenbezogenen Daten werden gespeichert:
 - Daten, die im Zusammenhang mit Maßnahmen zum Abschluss des Vertrags und seiner Umsetzung und Daten, die den Gesundheitszustand betreffen, die auf der Grundlage der Einwilligung verarbeitet werden – nach Auflösung
 - der Ablauf des Vertrags, und auch wenn es zum Abschluss des Vertrags nicht kommt, im Zusammenhang mit dem rechtlich begründeten Interesse der Gesellschaft Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.k., das darin besteht, dass die Daten zum Schutz vor eventuellen Ansprüchen gespeichert bleiben, jedoch nicht länger, als das durch die geltenden Rechtsvorschriften erforderlich ist. Aufbewahrungsfrist für die personenbezogenen Daten betrifft auch die Aufbewahrung von Daten der Kontaktpersonen.
 - Sollte eine der von Ihnen erteilten Marketing-Einwilligungen widerrufen werden, bleiben Ihre personenbezogenen Daten nur so lange gespeichert, wie es die geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf die Verjährung erfordern ist. Als Widerruf Ihrer Einwilligung sehen wir auch das mangelnde Interesse an unserem Angebot an.
- Es stehen Ihnen folgende Rechte zu:
 - das Recht, Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten zu beantragen, ihre Berichtigung, Entfernung oder Einschränkung zu fordern, sowie das Recht Ihre Einwilligung zur Verarbeitung und zur Übertragung der Daten zu widerrufen;
 - das Recht, die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten oder in den Erhalt von Marketing- und Werbeinformationen jederzeit zu widerrufen: per E-Mail an folgende Adresse: datenschutz@promedicaplus.de oder telefonisch unter der Nummer: +49 201 49 86 90 25 oder per Post; der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung und der Erfüllung von Marketingaufgaben, die auf der Grundlage der Einwilligung vor ihrem Widerruf vorgenommen wurden.
 - das Recht, eine Beschwerde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten an den zuständigen Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit einzureichen;
- Ihre Daten werden weder zum Profiling noch zur Vornahme einer automatisierten Entscheidungsfindung verwendet.

Beschreibung des Produktes PROMEDICA Alltagsbetreuung
Betreuungsumfang

Betreuungsumfang: von alltäglichen Anforderungen bis hin zur komplexen Haushaltshilfe.

- Unterstützung bei sozialen- und Freizeitaktivitäten
- Hilfe zur Ermöglichung von größerer Aktivität / Treffen von Freunden und Familie
- Begleitung bei Arztterminen
- Alltägliche Aufgaben im Haushalt:
 - Hilfe beim Kochen und die Zubereitung von Speisen
 - das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
 - Aufräumen der viel von Kunden genutzten Räume
 - Einkaufen
 - Spülen
 - Versorgung von Haustier/en
 - Pflege der Zimmerpflanzen (Bewässern)
- Das mundgerechte Zubereiten oder Hilfe bei der Aufnahme von Speisen und Getränken
- Tägliche Begleitung
- Hilfe/Unterstützung beim Aufstehen und Zubettgehen
- Hilfe bei der grundlegenden Betreuung und Hygiene
- Hilfe beim Toilettengang
- Bereitschaft zum Inkomaterial-Wechsel (Vorlagen, Windeln)
- Hilfe beim An- und Auskleiden

**Betreuungskraft
– PROMEDICA
Alltagsbetreuung**

- Personal mit der abgeschlossenen Schulung „Guter Anfang“. Ziel der Schulung ist, die Betreuungskraft auf den Aufenthalt im Haushalt der zu betreuenden Person vorzubereiten. Die Schulung beinhaltet die organisatorischen Aspekte der Zusammenarbeit zwischen Promedica24 und der zu betreuenden Person. Die Betreuungskraft wird auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Person hingewiesen.
- Personal mit der abgeschlossenen Schulung „Hauswirtschaftliche Versorgung“. Ziel der Schulung ist, die Betreuungskraft auf die Führung des Haushaltes während ihres Einsatzes in Deutschland vorzubereiten.
- Personal mit der abgeschlossenen Schulung „Körperpflege mit der Grundinformationen über die erste Hilfeleistung“. Ziel der Schulung ist, die Betreuungskraft auf die Leistungen bezüglich der Körperpflege und Elemente aus dem Bereich der ersten Hilfeleistung im Rahmen der Grundpflege vorzubereiten.

**Sprache
300 Vokabeln**

- Die Betreuungskraft verfügt über die Kenntnisse der 300 Vokabeln, die auf der vom Dienstleister erstellten Liste genannt wurden.
Aus der Liste kennt die Betreuungskraft:
 - Substantive ohne Artikel
 - Verben im Infinitiv
 - Konjugation der Verben „haben“ und „sein“ in allen Personen im Präsens im Singular

1. Sprachliche „Modifikationen“ des Produktes „PROMEDICA Alltagsbetreuung“:

 Standard 300 Vokabeln
 A. 500 Vokabeln

- Die Betreuungskraft verfügt über die Kenntnisse der 500 Wörter, die auf der vom Dienstleister erstellten Liste genannt wurden. Aus der Liste kennt die Betreuungskraft:
 - Substantive ohne Artikel
 - Verben im Präsens in der 1. Person Singular
 - Verben im Tempus „Perfekt“ und „Imperfekt“
 - Konjugation des Verbs „werden“ im Präsens im Singula

 B. 1000+ Vokabeln

- Die Betreuungskraft benutzt komplexe Sätze, darf jedoch einzelne Fehler begehen
- Die Betreuungskraft kennt und verwendet die grammatischen Regeln, die die sprachliche Äußerung ermöglichen
- Die Betreuungskraft verfügt über einen reichen Wortschatz, ist im Stande in den meisten Fällen sprachlich zu reagieren, kennt den Wortschatz aus dem Bereich der Haushaltsführung und Seniorenbetreuung sowie ihn ohne Schwierigkeiten verwenden zu können
- Die Betreuungskraft führt Telefongespräche

 C. Alltagsbetreuung 100

Bei der Alltagsbetreuung 100 steht die akute Hilfe im Vordergrund. Die Betreuungskraft:

- verfügt über einen begrenzten Wortschatz aus dem Bereich des alltäglichen Lebens
- hat eine langsame Aussprache, die Kommunikation ist mit einzelnen Wörtern möglich
- lernt jeden Tag sprachlich dazu

2. Mögliche Zusatzleistungen zu dem Produkt „PROMEDICA Alltagsbetreuung“:

 Führerschein:

- Der Dienstleister stellt eine Betreuungskraft zur Verfügung, die im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis ist und zum Fahren mit dem Auto des Kunden im Gebiet Deutschland bereit ist.
- Der Kunde bestätigt, dass ohne die Auswahl der vorstehenden Option der Kunde nicht berechtigt ist, der bei ihm eingesetzten Betreuungskraft ein Fahrzeug zur Nutzung oder zur Erfüllung etwaiger Betreuungsaufgaben zu überlassen. Bei Verstößen gegen diese Bestimmung stellt der Kunde die Betreuungskraft und/oder den Dienstleister von Inanspruchnahme durch sich oder Dritte frei.

 Eine zusätzliche Person zur Betreuung:

- Wenn es im Hause des Kunden eine zweite Person gibt, die betreuende Unterstützung bei alltäglichen Tätigkeiten braucht, ist der Dienstleister bereit, die Dienstleistungen auch zugunsten dieser Person zu erbringen.
- Im oben genannten Fall ist jeweils ein Betreuungsbogen für diese zusätzliche Person zur Betreuung notwendig.

 „PROMEDICA Alltagsbetreuung PLUS“:

- Der Dienstleister wird eine passende Betreuungskraft einsetzen, die nach Beurteilung des Dienstleisters bereit ist, Personen, die an starken Einschränkungen leiden und/oder mit Pflegegrad 4 oder Pflegegrad 5 eingestuft sind, zu betreuen.

Insbesondere eignet sich die Zusatzleistung PROMEDICA Alltagsbetreuung PLUS in folgenden Fällen:

- vollständige Transferbedürftigkeit und/oder Bettlägerigkeit, wobei die Körperpflege im Bett erforderlich ist;
- Schlafstörungen (mehrmaliges Aufwachen bzw. Aufstehen in der Nacht), z.B. auf Grund der fortgeschrittenen Demenzerkrankungen;
- die zu betreuende Person ist auf Katheter/Stoma/PEG-Sonde angewiesen;
- die zu betreuende Person befindet sich im Palliativstadium.

 Qualifizierte Fachkräfte im Bereich der pflegerischen Berufe:

- Der Dienstleister stellt eine Betreuungskraft zur Verfügung, die über urkundlich bestätigte Qualifikationen in pflegerischen Berufen verfügt. Dies bedeutet höhere Fachkompetenz bei der Ausübung der im vorliegenden Vertrag beschriebenen Leistungen (die werden nach den Modulen des § 14 deutsches SGB XI erbracht).

 Personal mit Kenntnis anderer Fremdsprachen:

- Ausgeschlossen ist die Muttersprache der Betreuungskraft.