

# Erhebungsbogen Betreuungs- und Haushaltshilfen



Zutreffendes bitte ankreuzen und in Druckschrift ausfüllen!  
Das Ausfüllen des Erhebungsbogen ist für Sie unverbindlich!

Wir bemühen uns sehr, die richtige Betreuungskraft für Sie zu finden. Helfen Sie uns dabei mit diesem Erhebungsbogen. Bitte füllen Sie diesen so ausführlich wie möglich aus. Im Anschluss daran senden Sie uns diesen per Post, Fax oder E-Mail zurück. Bitte kreuzen Sie die entsprechende Auswahl deutlich an. Weitere betreuungsrelevante Unterlagen (z.B. Gutachten des MDK, Arztberichte etc.) fügen Sie bitte diesem Erhebungsbogen bei.

## Kundendaten (zu betreuende Person):

|  |  |
|--|--|
| Vorname, Name: _____   |  |
| Straße, Hausnummer: _____  |  |
| PLZ, Ort: _____  | Geburtsdatum: _____  |
| Telefon: _____   | Mobil: _____   |
| E-Mail: _____  | Fax: _____   |
| Krankenkasse: _____  | Größe: _____ Gewicht: _____  |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> alleine lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in Gemeinschaft lebend |  |
| Konfession: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> sonstige: _____  |  |
| Raucher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |  |
| Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, Grad: _____ seit: _____ <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> nein                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Höherstufung  | <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> nein |
| Vertragspartner: <input type="checkbox"/> Kunde  | <input type="checkbox"/> Kontaktperson Nr.: _____                          |
| Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> Kunde   | <input type="checkbox"/> Kontaktperson Nr.: _____                          |

## Kontaktperson 1:

|   |  |                               |                                  |  |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner   | <input type="checkbox"/> Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| Bevollmächtigter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |                               |                                  |  |
| Vorname, Name: _____  |  |                               |                                  |  |
| Straße, Hausnummer: _____   |  |                               |                                  |  |
| PLZ, Ort: _____   | Mobil: _____                           |                               |                                  |  |
| Telefon: _____ Büro: _____  | Fax: _____                             |                               |                                  |  |
| E-Mail: _____   |  |                               |                                  |  |

## Kontaktperson 2:

|   |  |                               |                                  |  |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner   | <input type="checkbox"/> Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| Bevollmächtigter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |                               |                                  |  |
| Vorname, Name: _____  |  |                               |                                  |  |
| Straße, Hausnummer: _____   |  |                               |                                  |  |
| PLZ, Ort: _____   | Mobil: _____                           |                               |                                  |  |
| Telefon: _____ Büro: _____  | Fax: _____                             |                               |                                  |  |
| E-Mail: _____   |  |                               |                                  |  |

**Sonstige an der Betreuung beteiligte Kontakte:**

|                                   |                                   |                     |                                       |   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt | Fachrichtung: _____ | <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Besuchsdienste |
| Name/Bezeichnung: _____           |                                   |                     |                                       | <input type="checkbox"/> Tagespflege    |
| Straße, Hausnummer: _____         |                                   |                     |                                       | <input type="checkbox"/> Angehörige     |
| PLZ, Ort: _____                   |                                   |                     | Mobil: _____                          |   |
| Telefon: _____                    |                                   | Büro: _____         | Fax: _____                            |   |
| E-Mail: _____                     |                                   |                     |                                       |   |

|                                   |                                   |                     |                                       |   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt | Fachrichtung: _____ | <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Besuchsdienste |
| Name/Bezeichnung: _____           |                                   |                     |                                       | <input type="checkbox"/> Tagespflege    |
| Straße, Hausnummer: _____         |                                   |                     |                                       | <input type="checkbox"/> Angehörige     |
| PLZ, Ort: _____                   |                                   |                     | Mobil: _____                          |   |
| Telefon: _____                    |                                   | Büro: _____         | Fax: _____                            |   |
| E-Mail: _____                     |                                   |                     |                                       |   |

Welche Aufgaben werden von wem, wann und wie oft übernommen?

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Bleiben beteiligte Kontakte auch während der Betreuung weiterhin bestehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht ein Hausnotrufsystem?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Kundenbezogene Diagnosen:**

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Altersvergesslichkeit  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Parkinson            |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz  | <input type="checkbox"/> Inkontinenz  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Diabetes             |
| <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer   | <input type="checkbox"/> Arthrose   | <input type="checkbox"/> Lähmung: _____    | <input type="checkbox"/> insulinpfl. Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   | <input type="checkbox"/> Arthritis  | <input type="checkbox"/> Gehschwäche       | <input type="checkbox"/> Depression           |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)   | <input type="checkbox"/> Osteoporose  | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Krebs, welcher?      |
| <input type="checkbox"/> Hypotonie  | <input type="checkbox"/> Rheuma   | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen  | <input type="checkbox"/> Behinderungen: _____   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Allergien: _____   | <input type="checkbox"/> altersbedingter reduzierter Allgemeinzustand (ohne Diagnose) |  |   |
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten:   | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja: _____         |   |
| Ein Entlassungsbericht/Arztbrief liegt bei:   |   | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                 |
| Bemerkungen (seit wann besteht die Krankheit, ist diese konstant oder verändert sich der Zustand?): |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |

**Pflegehilfsmittel:**

|                                    |  |                                       |                                       |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Brille    | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> Hörgerät     | <input type="checkbox"/> Toilettstuhl | <input type="checkbox"/> Treppenlift         |
| <input type="checkbox"/> Gehstock  | <input type="checkbox"/> Rollator      | <input type="checkbox"/> Rollstuhl    | <input type="checkbox"/> Duschstuhl   | <input type="checkbox"/> Wecheldruckmatratze |
| <input type="checkbox"/> Gelkissen | <input type="checkbox"/> Pflegebett    | <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Wannlift     | <input type="checkbox"/> Lagerungshilfen     |
| sonstige: _____                    |  |                                       |                                       |  |
| Orthesen, welche: _____            |  |                                       | Prothesen, welche: _____              |  |
| Hilfsmittel zum Transfer: _____    |  | <input type="checkbox"/> Lift         | <input type="checkbox"/> Drehscheibe  |  |

**Mobilität:**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> mobil   | <input type="checkbox"/> benötigt Rollator                     | <input type="checkbox"/> muss gelagert werden, alle _____ Stunden |
| <input type="checkbox"/> sturzgefährdet  | <input type="checkbox"/> benötigt Rollstuhl                    | <input type="checkbox"/> Bobath Lagerung                          |
| <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe beim Gehen   | <input type="checkbox"/> bettlägerig                           | <input type="checkbox"/> 30° Lagerung                             |
| <input type="checkbox"/> benötigt Gehstock   | (ohne Lagerung)  | <input type="checkbox"/> sonstige: _____                          |
| Hilfe beim Transfer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher Art: _____ |  |   |
| <input type="checkbox"/> Häufigkeit: _____   | <input type="checkbox"/> Patient kann aktiv mithelfen          |   |
|  | <input type="checkbox"/> Teilhilfe des Patienten               |   |
|  | <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme Pflegepersonal |   |

**Kommunikation/Orientierung:**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> spricht/versteht deutsch | <input type="checkbox"/> fremdsprachig: _____   |
| sprachliche Einschränkungen:                      |   |
| <input type="checkbox"/> keine                    | <input type="checkbox"/> sensorische Aphasie (Störung Wortfindung)                                    |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____          | <input type="checkbox"/> motorische Aphasie (Störung Wortbildung) <input type="checkbox"/> Heiserkeit |

**Seheinschränkungen:**

|                                |                                 |                                      |  |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> links  | <input type="checkbox"/> kurzsichtig | <input type="checkbox"/> Makuladegeneration                    |
| <input type="checkbox"/> beide | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> weitsichtig | Sehvermögen zu _____% vorhanden <input type="checkbox"/> blind |

**Höreinschränkungen:**

|                                |                                 |                                 |                                 |                                   |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> gehörlos |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

**Bewusstseinszustand/Vigilanz:**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> klar ansprechbar | <input type="checkbox"/> zeitweise nicht orientiert | <input type="checkbox"/> depressiv        |
| <input type="checkbox"/> desorientiert    | <input type="checkbox"/> somnolent (Benommenheit)   | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz   |
| (zeitlich, personell, örtlich, situativ)  | <input type="checkbox"/> komatös                    | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

**Schmerzen:**

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|
| Schmerzwert in die Skala eintragen: R = Ruheschmerz B = Belastungsschmerz                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
| 0  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Grund: _____ |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
| (Legende: 0 = kein Schmerz 10 = stärkster vollstellbarer Schmerz)                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |
| Behandlung in Schmerzambulanz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |              |

**Ruhe und Schlafen:**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme                         | <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme      | <input type="checkbox"/> veränderter Tag/Nacht-Rhythmus |
| <input type="checkbox"/> Schlafapnoe (Atemaussetzer)               | <input type="checkbox"/> hält gerne Mittagsschlaf |   |
| gibt es eine Medikation zum Schlafen <input type="checkbox"/> nein |   | <input type="checkbox"/> ja: _____                      |
| sind nächtliche Einsätze notwendig: <input type="checkbox"/> nein  |   | <input type="checkbox"/> ja, ca. _____ Mal / Nacht      |
| Art: _____   |   |   |

**Benötigte Hilfe bei Körperpflege und anderen Tätigkeiten:**

|  | selbstständig            | unter Anleitung          | teilw. selbstständig     | komplette Übernahme      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gesicht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundpflege   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oberkörper   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rücken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intimpflege  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesäß  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beine  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haare kämmen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haare waschen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rasieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nagelpflege  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fußpflege  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden/Auskleiden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baden/Duschen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettengang  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenstuhl   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinflasche  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen/zu Bett gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gewohnheiten / Probleme bei der Durchführung der Körperpflege: | <hr/>                    |                          |                          |                          |
|  | <hr/>                    |                          |                          |                          |
|  | <hr/>                    |                          |                          |                          |

**Atmung:**

|               |                                 |                             |                               |  |  |
|---------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|--|
| Atemtraining: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Ruhedyspnoe<br>(erschwerterte Atmung) | <input type="checkbox"/> Belastungsdyspnoe<br>(erschwerterte Atmung) |
|---------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|--|

**Hautzustand:**

|                   |                                  |                                    |                                    |                                       |                                     |  |
|-------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Hauttyp:          | <input type="checkbox"/> normal  | <input type="checkbox"/> trocken   | <input type="checkbox"/> Mischhaut | <input type="checkbox"/> fettige Haut | <input type="checkbox"/> Altershaut | <input type="checkbox"/> Pergamenthaut |
| Hauterkrankungen: | <input type="checkbox"/> akut    | <input type="checkbox"/> chronisch |                                    |                                       |                                     |  |
| Dekubitus:        | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> ja        | <input type="checkbox"/> wo?       |                                       |                                     |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 1. Grad | <input type="checkbox"/> 2. Grad   | <input type="checkbox"/> 3. Grad   | Größe:                                | x                                   | cm                                     |

**Ernährung:**

|                                    |   |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vollkost  | <input type="checkbox"/> ohne Schwein   | <input type="checkbox"/> ohne Rind                        | <input type="checkbox"/> vegetarisch              | <input type="checkbox"/> passierte Kost |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> spezielle Diät | <input type="checkbox"/> salzarm                          | <input type="checkbox"/> sonstige:                | <hr/>                                   |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> Magensonde     | <input type="checkbox"/> erhöhte Gefahr des Verschluckens |   |   |
| Nahrungsalergien:                  | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> ja:                              | <hr/>   |   |
| Hilfe bei der Nahrungszubereitung: | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> teilweise                        | <input type="checkbox"/> ja                       | <hr/>                                   |
| Hilfe bei der Nahrungsaufnahme:    | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> teilweise                        | <input type="checkbox"/> komplett unterstützend   |   |
|                                    | <input type="checkbox"/> PEG            | <input type="checkbox"/> Port                             |   |   |
| Ernährungszustand:                 | <input type="checkbox"/> normal         | <input type="checkbox"/> adipös                           | <input type="checkbox"/> kachektisch (Abmagerung) |   |
| Trinkmenge:                        | min. _____ ml/Tag                       |   | max. _____ ml/Tag                                 |   |



|  |   |   |  |                                |  |                             |                                   |
|--|---|---|--|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| Ausstattung des Wohnbereichs der Betreuungskraft:                |   |   |  | eigener Wohnbereich            |  | eigenes Zimmer              |                                   |
| <input type="checkbox"/> Bett                                    | <input type="checkbox"/> Tisch                        | <input type="checkbox"/> Schrank            | <input type="checkbox"/> eigenes Bad               | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> TV            | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> Internet |
| Nachteinsätze:   |   |   |  |                                |  |                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> nie                                     | <input type="checkbox"/> ab und zu                    | <input type="checkbox"/> häufig             | <input type="checkbox"/> jede Nacht, ca. ____ Mal  |                                |  |                             |                                   |
| Freizeit:  |   |   |  |                                |  |                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> 2-3 Std./Tag                            | <input type="checkbox"/> 1/2 Tag/Woche                | <input type="checkbox"/> 1 Tag/Monat        | <input type="checkbox"/> nach Absprache            |                                |  |                             |                                   |
| Wünsche:   |   |   |  |                                |  |                             |                                   |
| Geschlecht:  |   | <input type="checkbox"/> Frau               | <input type="checkbox"/> Mann                      | <input type="checkbox"/> egal  | Alter: ____ bis ____ Jahre             |                             | <input type="checkbox"/> egal     |
| Sprachkenntnisse:  |   |   |  |                                |  |                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> 1 = sehr gut                            | <input type="checkbox"/> 2 = gut                      | <input type="checkbox"/> 3 = befriedigend   | <input type="checkbox"/> 4 = ausreichend           |                                |  |                             |                                   |
| Ausbildung:  |   |   |  |                                |  |                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> Seniorenbetreuerin/Hauswirtschaftskraft | <input type="checkbox"/> diplomierte Krankenschwester |   |  |                                |  |                             |                                   |
| Rauchen:   |   |   |  |                                |  |                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> absoluter Nichtraucher                  | <input type="checkbox"/> egal                         | <input type="checkbox"/> Raucher            | <input type="checkbox"/> Raucher, aber nur draußen |                                |  |                             |                                   |
| Führerschein:  |   |   |  |                                |  |                             |                                   |
| <input type="checkbox"/> egal                                    | <input type="checkbox"/> nein                         | <input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis |  |                                | <input type="checkbox"/> Pkw vorhanden |                             |                                   |

**Haushalt:**

|   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| Haushaltsführung inkl. Kochen, Wäsche, Hausputz, Einkaufen etc. |                                     | <input type="checkbox"/> für 1 Person                            |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> für 2 Personen                          |
| Müssen noch weitere Personen im Haushalt versorgt werden:       |                                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Zusätzliche Anforderungen zur Haushaltsführung:                 |                                     |  |
| Begleitung bei Arztbesuchen:                                    | <input type="checkbox"/> immer      | <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie   |
| Kochen:   | <input type="checkbox"/> gut kochen | <input type="checkbox"/> nein, weil: _____                       |
| Gartenarbeit:   | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> freiwillig und zwar: _____              |
| Hauttiere:  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____                      |
| mit versorgen?  | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein                                    |

**Welche Erwartungen/Vorstellungen haben Sie an die Betreuungskraft?**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Einwilligungserklärung / Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit und meine Religionszugehörigkeit, von der Firma Pflege zu Hause Küffel GmbH zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages eines ausländischen Leistungserbringungsunternehmens zum Einsatz einer ausländischen Betreuungsperson erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit und meine Religionszugehörigkeit, von der Firma Pflege zu Hause Küffel GmbH an Kooperationspartner mit Sitz in Osteuropa, die sich der Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet haben, weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zum Zweck der Anbahnung und Erfüllung eines Dienstleistungsvertrages verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Daten der europäischen Datenschutzverordnung EU-DSGVO unterliegen. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, allerdings mit der Folge, dass die Firma Pflege zu Hause Küffel GmbH in dem Fall nicht für mich tätig werden kann und somit die Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages nicht möglich ist. Zudem wurde ich auf mein Recht hingewiesen, dass meine Daten geändert, korrigiert, gesperrt, gelöscht oder eingeschränkt verarbeitet werden können, sofern keine gesetzlichen Regelungen, wie die Aufbewahrungspflicht, dem widersprechen. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Datentransfer. Ferner habe ich das Recht, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

Meine Widerrufserklärung kann ich jederzeit an folgende E-Mail-Adresse richten:

E-Mail: [datenschutz@pflegezuhaus.info](mailto:datenschutz@pflegezuhaus.info)

Sofern ich Daten in diesen Erhebungsbogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen sowie auftretende Änderungen, insbesondere über Veränderungen des Gesundheitszustandes, unverzüglich an die Firma Pflege zu Hause Küffel GmbH zu melden sind. Diese Angaben werden streng vertraulich und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet.

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_