

Anamnesebogen 24 Stunden Pflege/ Betreuung

Bitte füllen Sie den **Anamnesebogen** vollständig und ausführlich aus und senden diesen wieder an uns per Post oder per E-Mail zurück. Entsprechend Ihren Angaben beginnen wir mit der Angebotserstellung und unterbreiten Ihnen unsere Vorschläge. Das Ausfüllen des Anamnesebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung. Ihre Daten unterliegen dem Datenschutz und werden von uns nicht an Dritte weitergegeben, diese dienen alleine dem Zweck, ein Anforderungsprofil zu erstellen.

*(Betreuungskraft BK, Leistungsempfänger LE)

1. Personendaten	
	Ansprechpartner
Vorname	
Nachname	
Anschrift	
Telefon / Mobilnummer	
E-Mailadresse	

2. Leistungsempfänger		
Wer wohnt alles mit im Haushalt?	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> Familienangehörige <input type="checkbox"/> Haustiere <input type="checkbox"/>	
Mehr als ein Leistungsempfänger im Haushalt	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein <i>Wenn Sie Ja angekreuzt haben, nutzen Sie bitte beide Spalten und machen Sie alle nötigen Angaben, für jeden weiteren Leistungsempfänger.</i>	
	Einzelner Leistungsempfänger	Weiterer Leistungsempfänger
Vorname		
Nachnamen		
Anschrift		
Größe in cm		
Gewicht in Kg		
Alter		
Geburtstag		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich, <input type="checkbox"/> weiblich, <input type="checkbox"/> div.	<input type="checkbox"/> männlich, <input type="checkbox"/> weiblich, <input type="checkbox"/> div.
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
(Telefonnummer/ E-Mail)		

Pflegegrad	1 <input type="checkbox"/> , 2 <input type="checkbox"/> , 3 <input type="checkbox"/> , 4 <input type="checkbox"/> , 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	1 <input type="checkbox"/> , 2 <input type="checkbox"/> , 3 <input type="checkbox"/> , 4 <input type="checkbox"/> , 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja- , Verantwortlicher für die Medikamenten- sortierung		
Datum des Einsatzbeginns:		

3. Verhältnis des Leistungsempfängers zum Ansprechpartner

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>
Angehörige wohnen in der Nähe		<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein

4. Vertragspartner

Ansprechpartner <input type="checkbox"/>	Leistungsempfänger <input type="checkbox"/>
--	---

5. Rechnungsanschrift

Ansprechpartner <input type="checkbox"/>	Leistungsempfänger <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

6. Gesundheitsmerkmale (bitte alles zutreffende ankreuzen) Weiterer Leistungsempfänger nur bei 2 zu betreuenden Personen ausfüllen

	Einzelner Leistungsempfänger	Weiterer Leistungsempfänger
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> im Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> im Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig
Transfer von Bett / Rollstuhl / Stuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> hilft mit <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> bettlägerig, kein Transfer <input type="checkbox"/> umlagern im Bett	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> hilft mit <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> bettlägerig, kein Transfer <input type="checkbox"/> umlagern im Bett
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Nachtstuhl <input type="checkbox"/> Badewannenlifter <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe (Lifter) <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator (O2) <input type="checkbox"/> BZ-Messgerät <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe (ATS) <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Nachtstuhl <input type="checkbox"/> Badewannenlifter <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe (Lifter) <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator (O2) <input type="checkbox"/> BZ-Messgerät <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe (ATS) <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze

6. Gesundheitsmerkmale (bitte alles zutreffende ankreuzen)

Weiterer Leistungsempfänger nur bei 2 zu betreuenden Personen ausfüllen

Krankheiten	<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> PEG Sonde <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> PEG Sonde <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Thrombose
Urin inkontinent Stuhl inkontinent	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenz Material	<input type="checkbox"/> Windeln, <input type="checkbox"/> Pads, <input type="checkbox"/> Vorlagen, <input type="checkbox"/> Urinflasche, <input type="checkbox"/> Stoma, <input type="checkbox"/> Dauerkatheter, <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Windeln, <input type="checkbox"/> Pads, <input type="checkbox"/> Vorlagen, <input type="checkbox"/> Urinflasche, <input type="checkbox"/> Stoma, <input type="checkbox"/> Dauerkatheter, <input type="checkbox"/>
Wenn Demenz vorhanden: Wie äußert sich diese?		
Wenn Schlaganfall vorhanden: Welche Beeinträchtigung liegt vor?		
Geistiger Zustand	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> apathisch <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> teilnahmslos <input type="checkbox"/> verwirrt	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> apathisch <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> teilnahmslos <input type="checkbox"/> verwirrt
Orientierung Zeitlich Örtlich Persönlich	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> Nein
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbstständig, <input type="checkbox"/> mit Hilfe, <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig, <input type="checkbox"/> mit Hilfe, <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Diät	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein

6. Gesundheitsmerkmale (bitte alles zutreffende ankreuzen)

Weiterer Leistungsempfänger nur bei 2 zu betreuenden Personen ausfüllen

Fall -Ja- , worauf ist bei einer der Diät zu achten?		
Kommunikationsfähigkeit Sprache Sehkraft Hörvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt
Hörgerät Brille	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja- , wie äußerst sich die Schlafstörung?		
Therapien	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Hobby/ sonstiges (bitte angeben) <input type="checkbox"/> Besuch eines Pflegezentrums	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Hobby/ sonstiges (bitte angeben) <input type="checkbox"/> Besuch eines Pflegezentrums

7. Angaben zur Tätigkeit

Weiterer Leistungsempfänger nur bei 2 zu betreuenden Personen ausfüllen

	Einzelner Leistungsempfänger	Weiterer Leistungsempfänger
Pflegerische Tätigkeit		
Grundpflege (Oberkörper waschen, eincremen, an-auskleiden)	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Nagel und Handpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Mundpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme

7. Angaben zur Tätigkeit		
Weiterer Leistungsempfänger nur bei 2 zu betreuenden Personen ausfüllen		
Haare waschen/ kämmen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> teilweise/ mit Unterstützung <input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Toilettengang mit wechsel der Inkontinenz Material	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachruhe für BK	<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> gestört
Falls -gestört- was ist Nachts zu tun?	<input type="checkbox"/> nächtliche Betreuung (1-2) <input type="checkbox"/> regelmäßige Beobachtung	<input type="checkbox"/> nächtliche Betreuung (1-2) <input type="checkbox"/> regelmäßige Beobachtung
Weitere pflegerische Tätigkeiten?		
Betreuende Tätigkeiten		
Unterstützung beim stehen und gehen	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Begleitung zum Arzt	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Aktivierende Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja- , was wird gewünscht?		
Weitere betreuende Tätigkeiten		
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten		
Kochen und Essen zubereiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja- Für wieviele Personen ? (inkl. Betreuungskraft)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mehr als 3 Personen	
Einkaufen	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Nein- Wer übernimmt den Einkauf?		
Waschen und Bügeln	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja- Für wieviele Personen ? (inkl. Betreuungskraft)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> mehr als 3 Personen	
Reinigen der Wohnfläche	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein	
Weitere hauswirtschaftliche Tätigkeiten		

8. Angaben zum Haushalt

Art des Haushaltes	<input type="checkbox"/> Haus, <input type="checkbox"/> Wohnung, Wohnfläche ca.: <input type="text"/> m ²
Wieviele Zimmer gehören zur Wohnfläche dazu?	Anzahl <input type="text"/>
Anzahl aller im Haushalt lebender Personen	Anzahl <input type="text"/>
Haushaltshilfe vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja-, wie oft kommt die Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> täglich, <input type="checkbox"/> wöchentlich, <input type="checkbox"/>
Welche Aufgabe übernimmt die Haushaltshilfe?	
Pflegedienst beauftragt	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja-, wie oft kommt der Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> täglich, <input type="checkbox"/> wöchentlich, <input type="checkbox"/>
Welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst?	
Wie oft kommt Besuch	<input type="checkbox"/> täglich, <input type="checkbox"/> wöchentlich, <input type="checkbox"/> monatlich, <input type="checkbox"/>
leichte Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls - Ja -, welche Aufgaben:	
Haustierpflege	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls - Ja -, welche Aufgaben:	
Auto fahren gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Falls - Ja -, welches Auto ist vorhanden	<input type="checkbox"/> Automatikgetriebe, <input type="checkbox"/> Handschaltgetriebe
Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß	<input type="checkbox"/> 10 min, <input type="checkbox"/> 20 min, <input type="checkbox"/> 30 min, <input type="checkbox"/> länger als 40 min

9. Betreuungskraftanforderung

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich, <input type="checkbox"/> männlich, <input type="checkbox"/> Egal
Alter	<input type="checkbox"/> Egal, <input type="checkbox"/> 30 - 40, <input type="checkbox"/> 40 - 55, <input type="checkbox"/> 55 - 65, <input type="checkbox"/>
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse (A1) - verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig bis kaum <input type="checkbox"/> erweiterte Grundkenntnisse (A2) - verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> gute Kenntnisse (B1) - einfache Unterhaltung ist möglich <input type="checkbox"/> sehr gute Kenntnisse (B2) - Unterhaltung ohne Einschränkung

9. Betreuungskraftanforderung	
Freizeit für die Betreuungskraft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja-	<input type="checkbox"/> 1 Tag (min. 8 St.) pro Woche frei <input type="checkbox"/> 2 x 1/2 Tage (min. 4 St.) pro Woche frei
Falls -Nein- , welche Alternative gibt es für die Betreuungskraft?	
Kann der LE ohne Aufsicht durch die BK bleiben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls -Ja- , wie lange?	<input type="checkbox"/> 1 Stunde, <input type="checkbox"/> 2 Stunden, <input type="checkbox"/> in Absprache auch länger, <input type="checkbox"/> nur in der Freizeit (1 Tag oder 2 x 1/2 Tage)
Falls -Nein- , wer kann außer der BK die Aufsicht für LE übernehmen?	
Kräftige Betreuungskraft notwendig	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Egal
Pflegeerfahrung	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Egal
Essen zubereiten und kochen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Essen wird geliefert, od. übernommen auch für die BK) <input type="checkbox"/> Nein (Selbstverpflegung, Essen wird nicht für die BK gestellt)
Falls -Ja- , wie oft?	<input type="checkbox"/> 1x täglich <input type="checkbox"/> 2 x täglich, <input type="checkbox"/> 3 x täglich, <input type="checkbox"/> nach Bedarf, auch öfter
Pürierte Kost zubereiten?	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein
Tierlieb	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Egal
Rauchen (ausserhalb der Wohnfläche)	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> Egal, <input type="checkbox"/> nur E-Zigarette

10. Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmer, für die Betreuungskraft		
<input type="checkbox"/> eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Balkon od. Terrasse zur Mitbenutzung
<input type="checkbox"/> eigenes Bett	<input type="checkbox"/> eigenes WC	<input type="checkbox"/> Internetanschluss/ WLAN-Zugang
<input type="checkbox"/> eigener Schrank	<input type="checkbox"/> eigenes Waschbecken	<input type="checkbox"/> Stuhl, Tisch im eigenen Zimmer vorhanden
<input type="checkbox"/>		

Tagesablauf

Bitte geben Sie einen typischen wiederholenden Tagesablauf an

Morgens:	
Vormittags:	
Mittags:	
Nachmittags:	
Abends:	
Nachts:	

**Hier können Sie weitere Angaben machen, die Ihnen wichtig sind, für eine häusliche Pflege/
Betreuung, oder auch Fragen stellen.**

Ihre persönliche Daten und Angaben werden nur von Böhme Pflege daheim, sowie unseren Partnerunternehmen bearbeitet, damit wir Ihnen die optimale Betreuungskraft oder Pflegekraft vorstellen können.

Die beigefügte Datenschutzerklärung habe ich gelesen und akzeptiere diese. Mit der Weitergabe meiner Daten im Rahmen der vertraglichen Vereinbarung zur Erfüllung des Vertragszwecks besteht mein Einverständnis.

Die oben gemachten Angaben sind nach meinem besten Wissen gemacht worden und entsprechen der Wahrheit.

(bitte hier Unterschrift einfügen)

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

1. Diese Datenschutzhinweise gelten für die Datenverarbeitung durch:

Vermittlungsagentur: Böhm Pflege daheim

Verantwortlicher: Roland Böhm, Bunsenstr. 80/1, 71032 Böblingen

Die betriebliche Datenschutzbeauftragte Julia Böhm, der Vermittlungsagentur Böhm Pflege daheim, die unter der o.g. Anschrift, beziehungsweise unter +49 70316772105 erreichbar ist.

2. Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten sowie Art und Zweck und deren Verwendung

Beauftragen Sie uns, so erheben wir Informationen, die für unsere Tätigkeit im Rahmen Ihrer Pflege erforderlich sind. Die Datenerhebung dient folgenden Zwecken:

- um Sie als unseren Kunden identifizieren zu können,
- um Sie angemessen beraten zu können und angemessen für Sie tätig zu sein,
- zur Korrespondenz mit Ihnen,
- zur Rechnungsstellung.
- Mit Ihrer Zustimmung dürfen wir Ihren Namen für positive Feedbacks zu Werbezwecken nutzen. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Ihre Anfrage hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Bearbeitung des Auftrages und für die beidseitige Erfüllung von Verpflichtungen aus dem Vertragsverhältnis erforderlich.

Die für die Beauftragung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO aufgrund von steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (aus HGB, StGB oder AO) zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

3. Weitergabe der Daten

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt.

Soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung von einem Vertragsverhältnis mit Ihnen erforderlich ist, werden Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Hierzu gehört insbesondere die Weitergabe an Kooperationspartner, die die Pflegekräfte zur Verfügung stellen.

Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Soweit es sich um Daten handelt, die einer Schweigepflicht unterliegen, erfolgt eine Weitergabe an Dritte nur in Absprache mit Ihnen.

4. Betroffenenrechte

Sie haben das Recht:

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen;
- gemäß Art 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
- gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
- gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und
- gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Kanzleisitzes wenden.

5. Widerspruchsrecht

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO

Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an: info@boehm-pflegedaheim.de