



Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und senden Sie ihn per E-Mail oder Post an uns zurück: kontakt@lebensbruecke-pflege.de, Lebensbrücke Pflege, Am Alten Gymnasium 6, 41747 Viersen. So können wir die passende Betreuungskraft für Sie finden.

Vertrag		
Vertragsbeginn		(gewünschtes Startdatum bitte eintragen)
Vertragspartner	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> die pflegebedürftige Person

Angaben zur Kontaktperson
Name
Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Postfach
Telefonnummer
Mobil-Nummer
E-Mail-Adresse
Verwandtschaftsgrad zur hilfebedürftigen Person

Angaben zum Hilfsbedürftigen
Name
Vorname
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Postfach
Telefonnummer
Mobil-Nummer

Geburtsdatum		
Größe		
Gewicht		
Wohnt die Person alleine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein (Name, Vorname)		

Pflegegrad					
<input type="checkbox"/> Keine					
Aktueller Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Beantragter Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Pflegedienst		
Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft täglich? _____		
Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:		

Diagnosen	
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Dekubitus
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Allergien: _____
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Demenz (z. B. Alzheimer)
<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> beginnende Demenz
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Rheuma (z. B. Arthritis)
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Inkontinenz

<input type="checkbox"/> Hypotonie	<input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiß)
<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung
<input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/> chronischer Durchfall
<input type="checkbox"/> Lähmung: <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> Behinderungen: _____
<input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten: _____	<input type="checkbox"/> reduzierter Allgemeinzustand
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

Kommunikationsprobleme			
Sprache	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Hören	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Sehen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Brille	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

Orientierungsprobleme			
Zeitliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Örtliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme
Persönliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive Probleme

Mobilität und Selbstständigkeit			
Gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Urinflasche	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig

Körperpflege			
Gesicht	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Mundpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Oberkörper	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Haare kämmen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Haare waschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Handpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Fußpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme

Essen und Trinken			
Essen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
Kau-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Störungen	<input type="checkbox"/> Sonde
	<input type="checkbox"/> Nahrungskarenz	<input type="checkbox"/> Trinkkarenz	
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht
Diät			
Sonstige:			

Urinkontrolle und Stuhlkontrolle			
Urinkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Urinflasche
	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl

Baden und Duschen			
Durchführung:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig
	<input type="checkbox"/> Körperpflege im Bett		
Häufigkeit:	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> ___x pro Woche

Schlafen			
Einschlafen	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> starke Störungen
Durchschlafen	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> starke Störungen
Nächtliches Aufstehen	<input type="checkbox"/> 1-mal	<input type="checkbox"/> 2- bis 3- mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3- mal
Benötigt die Person Unterstützung durch eine Betreuungskraft?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchen Bereichen?			

Erhält die Person Schlafmittel?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

Pflegehilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Duschstuhl/Hocker
<input type="checkbox"/> Drehscheibe	<input type="checkbox"/> Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> Gehstock
<input type="checkbox"/> Bettgitter	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Sonstige:	

Aktuelle Therapien		
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Logopädie
Aktuelle Medikamente: _____		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

Rahmenbedingungen
Wohnlage
<input type="checkbox"/> Großstadt zentral

<input type="checkbox"/> Großstadt abgelegen				
<input type="checkbox"/> Kleinstadt				
<input type="checkbox"/> Dorf				
<input type="checkbox"/> Ländlich				
Wohnsituation				
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus				
<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus				
<input type="checkbox"/> Wohnung				
<input type="checkbox"/> Sonstige:				
Wohnfläche (qm): _____				
Supermarkt (zu Fuß)	<input type="checkbox"/> ca. 10 min.	<input type="checkbox"/> ca. 20 min.	<input type="checkbox"/> ca. 40 min.	<input type="checkbox"/> mehr als 1 Stunde
Werden größere Einkäufe von der Familie übernommen?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Bemerkungen:				

Persönliche Angaben / Charakterbeschreibung
Eigenschaften (z. B. ruhig, gesellig, aktiv):
Freizeitgestaltung / Hobbys:
Liebblingsgerichte:
Vorlieben und Gewohnheiten:
Was sollte die Betreuungskraft im Umgang mit der Person besonders beachten?
Sonstiges:

Anforderungen an die Betreuungskraft			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> keine Präferenz
Alter	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 30-50	<input type="checkbox"/> älter als 50 Jahre
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/> kommunikativ	<input type="checkbox"/> gut
Führerschein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal
Rauchen	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Rauchen nur draußen	<input type="checkbox"/> egal
Nachteinsätze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Wechsel	<input type="checkbox"/> alle 4 Wochen	<input type="checkbox"/> alle 6 Wochen	<input type="checkbox"/> individuell vereinbar
Dauer	<input type="checkbox"/> kurzfristig (bis zu 2 Monate)	<input type="checkbox"/> mittelfristig (2–6 Monate)	<input type="checkbox"/> langfristig (über 6 Monate)

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft			
<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Tisch
<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Medien
Bemerkungen: _____			

Zusätzliche Aufgaben im Haushalt			
Haustiere	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Sollen die Haustiere mitversorgt werden?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein
Waschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein
Bügeln	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein
Kochen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein
Essensvorbereitung	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein
Begleitung bei Arztbesuchen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es eine Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Einkäufe	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein

Tagesablauf		
Morgens	<input type="checkbox"/> Aufstehen um _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Ausschlafen möglich
Baden/Duschen:		
Vormittags:		
Mittags		
Nachmittags		
Abends	<input type="checkbox"/> Zu Bett gehen um _____ Uhr	
Baden/Duschen:		
Gibt es feste Routinen im Tagesablauf (z. B. Fernsehen, Lesen)?		

A. Datenschutzhinweise für Angehörige / Kontaktpersonen

Datenschutzhinweise für Angehörige, Kontaktpersonen und sonstige anfragende Personen

1. Verantwortlicher

Lebensbrücke Pflege

Natalia Fudalej

Am Alten Gymnasium 6

41747 Viersen

+49 176 54849245

2. Zwecke der Verarbeitung

- Bearbeitung Ihrer Anfrage
- Einschätzung des Unterstützungs-, Betreuungs-, Haushalts- und Pflegebedarfs
- Auswahl und Vermittlung geeigneter Haushaltshilfen, Betreuungskräfte, Pflege- oder Unterstützungsleistungen
- Kommunikation im Rahmen der Vertragsanbahnung, Vermittlung und Durchführung
- Erstellung und Verwaltung von Angeboten und Verträgen
- Erfüllung gesetzlicher Pflichten
- Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen

3. Kategorien verarbeiteter Daten

a) Daten zu Ihrer Person

- Name, Vorname
- Anschrift, Telefonnummer, Mobilnummer, E-Mail-Adresse
- Verhältnis zur hilfebedürftigen Person
- Angaben zur Anfrage, Kommunikation und Beauftragung
- Vertrags-, Abrechnungs- und Korrespondenzdaten

b) Daten zur hilfebedürftigen Person, die Sie uns mitteilen

- Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Kontaktdaten
- Wohn- und Lebenssituation
- Angaben zu Mitbewohnern und Versorgungssituation
- Pflegegrad / Pflegebedürftigkeit
- Unterstützungsbedarf im Alltag
- Angaben zu Diagnosen, Mobilität, Inkontinenz, Orientierung, Kommunikationsfähigkeit, Therapien und sonstigen Gesundheitsumständen
- Wünsche und Anforderungen an Betreuungskräfte oder Haushaltshilfen
- Angaben zum Tagesablauf und zur Versorgungssituation

4. Rechtsgrundlagen

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, soweit die Verarbeitung für vorvertragliche Maßnahmen oder einen Vertrag mit Ihnen erforderlich ist,

- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO, soweit rechtliche Pflichten bestehen,
- Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung berechtigter Interessen erforderlich ist, insbesondere zur strukturierten Bearbeitung von Anfragen, Organisation des Vermittlungsprozesses und zur Rechtsverfolgung.

Soweit Sie uns Gesundheitsdaten oder sonstige besondere Kategorien personenbezogener Daten der hilfebedürftigen Person übermitteln, verarbeiten wir diese nur, wenn zusätzlich eine gesetzliche Grundlage nach Art. 9 Abs. 2 DSGVO besteht. Für die Vermittlung geeigneter Unterstützungsleistungen erfolgt dies regelmäßig auf Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung der hilfebedürftigen Person oder ihres wirksam bevollmächtigten bzw. gesetzlich berechtigten Vertreters.

5. Herkunft der Daten

Die Daten erhalten wir grundsätzlich von Ihnen selbst, insbesondere durch Ausfüllen des Formulars, telefonisch, per E-Mail oder im weiteren Vermittlungsprozess.

6. Empfänger der Daten

- intern zuständige Mitarbeitende
- IT-, Hosting-, Telefonie-, E-Mail- und Dokumentationsdienstleister
- vermittelte Betreuungskräfte, Haushaltshilfen, Kooperationspartner oder sonstige Leistungserbringer
- Steuerberater, Rechtsberater, Versicherungen, Behörden oder Gerichte, soweit dies erforderlich oder rechtlich geboten ist

Sofern Daten an Empfänger außerhalb der EU/des EWR übermittelt werden, informieren wir hierüber gesondert unter Angabe der einschlägigen Garantien.

7. Speicherdauer

- Reine Anfragedaten ohne Vertragsschluss löschen wir grundsätzlich nach 12 Monaten, sofern keine längere Aufbewahrung erforderlich ist.
- Vertrags-, abrechnungs- und steuerrechtlich relevante Daten speichern wir im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- Daten, die auf einer Einwilligung beruhen, löschen wir nach Widerruf, soweit keine andere Rechtsgrundlage eingreift.

8. Pflicht zur Bereitstellung

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist für die Bearbeitung Ihrer Anfrage und die Vermittlung erforderlich. Ohne die erforderlichen Angaben können wir Ihre Anfrage gegebenenfalls nicht oder nicht sachgerecht bearbeiten.

9. Hinweis zur Übermittlung von Daten Dritter

Wenn Sie uns personenbezogene Daten der hilfebedürftigen Person oder weiterer Personen mitteilen, dürfen Sie dies nur tun, wenn Sie hierzu berechtigt sind. Bitte stellen Sie sicher, dass die betroffene Person oder ihr wirksam bevollmächtigter bzw. gesetzlich berechtigter Vertreter über die Datenübermittlung informiert ist und – soweit erforderlich – eine wirksame Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten vorliegt.

10. Ihre Rechte

- Auskunft
- Berichtigung
- Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Datenübertragbarkeit
- Widerspruch gegen Verarbeitungen auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO
- Widerruf einer Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft
- Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde

11. Automatisierte Entscheidungen

Eine ausschließlich automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling im Sinne von Art. 22 DSGVO findet nicht statt.

B. Datenschutzhinweise für die hilfebedürftige Person

Datenschutzhinweise für hilfebedürftige Personen gemäß Art. 14 DSGVO

1. Verantwortlicher

Lebensbrücke Pflege

Natalia Fudalej

Am Alten Gymnasium 6

41747 Viersen

+49 176 54849245

2. Zwecke der Verarbeitung

- Bearbeitung einer Anfrage nach Haushaltshilfe, Pflege-, Betreuungs- oder Unterstützungsleistungen
- Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs
- Auswahl und Vermittlung geeigneter Betreuungskräfte, Haushaltshilfen oder sonstiger Leistungserbringer
- Organisation der Kommunikation im Zusammenhang mit der Vermittlung und Durchführung
- Anbahnung, Durchführung und Abwicklung von Verträgen
- Erfüllung rechtlicher Pflichten
- Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen

3. Kategorien der verarbeiteten Daten

- Stammdaten und Kontaktdaten
- Angaben zur Wohn- und Lebenssituation
- Angaben zum Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf
- Angaben zu Diagnosen, Therapien, Mobilität, Orientierung, Kommunikationsfähigkeit, Inkontinenz, Ernährung und Schlaf
- Angaben zu Pflegegrad, Pflegedienst und Versorgungssituation
- Angaben zu Mitbewohnern, soweit dies organisatorisch erforderlich ist
- Vertrags- und Abwicklungsdaten

Gesundheitsdaten sind besondere Kategorien personenbezogener Daten und dürfen nur unter den besonderen Voraussetzungen des Art. 9 DSGVO verarbeitet werden.

4. Herkunft der Daten

- Angehörige
- sonstige Kontaktpersonen
- Bevollmächtigte
- Betreuer oder sonst gesetzlich berechnigte Vertreter
- gegebenenfalls Kooperationspartner oder Leistungserbringer
- ergänzend auch die hilfebedürftige Person selbst, soweit später direkter Kontakt entsteht

5. Rechtsgrundlagen

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, soweit die Verarbeitung für vorvertragliche Maßnahmen oder einen Vertrag erforderlich ist,
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO, soweit rechtliche Pflichten bestehen,
- Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur geordneten Anfragebearbeitung, Auswahl geeigneter Unterstützung und organisatorischen Durchführung erforderlich ist.

Soweit Gesundheitsdaten verarbeitet werden, erfolgt dies nur, wenn zusätzlich eine Voraussetzung nach Art. 9 Abs. 2 DSGVO erfüllt ist. Soweit keine speziellere gesetzliche Erlaubnis sicher greift, erfolgt die Verarbeitung auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen Einwilligung oder der Einwilligung Ihres wirksam bevollmächtigten bzw. gesetzlich berechtigten Vertreters.

6. Empfänger der Daten

- intern zuständige Mitarbeitende
- IT-, Hosting-, Kommunikations- und Dokumentationsdienstleister
- vermittelte Betreuungskräfte, Haushaltshilfen, Kooperationspartner und sonstige Leistungserbringer
- Steuerberater, Rechtsberater, Versicherungen, Behörden oder Gerichte, soweit dies erforderlich oder rechtlich geboten ist

7. Speicherdauer

- Reine Anfragedaten ohne Vertragsschluss löschen wir grundsätzlich nach [z. B. 12 Monaten].
- Vertrags- und abrechnungsrelevante Daten speichern wir für die Dauer gesetzlicher Aufbewahrungspflichten.
- Daten, die auf einer Einwilligung beruhen, löschen wir nach Widerruf, soweit keine andere Rechtsgrundlage eingreift.

8. Ihre Rechte

- Auskunft
- Berichtigung
- Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Datenübertragbarkeit
- Widerspruch gegen Verarbeitungen auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO
- Widerruf einer Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft
- Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde

9. Zeitpunkt der Information

Soweit wir Ihre Daten nicht unmittelbar bei Ihnen erheben, stellen wir Ihnen diese Informationen nach Maßgabe des Art. 14 DSGVO zur Verfügung, insbesondere innerhalb der dort vorgesehenen Fristen, spätestens bei erster Kommunikation mit Ihnen oder vor einer ersten Offenlegung an weitere Empfänger.

10. Automatisierte Entscheidungen

Eine ausschließlich automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling findet nicht statt.

C. Separate Einwilligungserklärung für Gesundheitsdaten

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zur Vermittlung von Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen

Verantwortlicher:

Lebensbrücke Pflege

Natalia Fudalej

Am Alten Gymnasium 6

41747 Viersen

+49 176 54849245

Name der hilfebedürftigen Person	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Vertreter / Bevollmächtigter (falls einschlägig)	

Ich willige ausdrücklich ein, dass Lebensbrücke Pflege meine Gesundheitsdaten und sonstigen besonderen Kategorien personenbezogener Daten verarbeiten darf, soweit dies für folgende Zwecke erforderlich ist:

- Bearbeitung meiner Anfrage bzw. der für mich gestellten Anfrage
- Einschätzung meines Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarfs
- Auswahl und Vermittlung geeigneter Haushaltshilfen, Betreuungskräfte oder sonstiger Leistungserbringer
- Kommunikation im Zusammenhang mit der Vermittlung und Durchführung
- Anbahnung, Durchführung und Abwicklung eines Vertrags

Die Einwilligung umfasst insbesondere Angaben zu Diagnosen und Vorerkrankungen, Mobilität und Hilfsmitteln, Orientierung und Kommunikationsfähigkeit, Inkontinenz, Katheter, Stoma, Ernährung, Schluckstörungen, Therapien, Pflegegrad, Pflegedienst und sonstigen gesundheitlichen oder pflegerischen Umständen, soweit diese für eine sachgerechte Vermittlung erforderlich sind.

Ich willige außerdem ausdrücklich ein, dass diese Daten an folgende Empfängerkategorien übermittelt werden dürfen, soweit dies für die genannten Zwecke erforderlich ist:

- intern zuständige Mitarbeitende
- IT-, Hosting-, Kommunikations- und Dokumentationsdienstleister
- vermittelte Betreuungskräfte, Haushaltshilfen, Kooperationspartner oder sonstige Leistungserbringer
- Rechtsberater, Steuerberater, Versicherungen, Behörden oder Gerichte, soweit dies rechtlich erforderlich ist

Mir ist bekannt, dass die Erteilung dieser Einwilligung freiwillig ist, ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann, der Widerruf die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt und ohne die Verarbeitung bestimmter Gesundheitsdaten eine sachgerechte Auswahl und Vermittlung geeigneter Leistungen gegebenenfalls nicht möglich ist.

Ich habe die Datenschutzhinweise erhalten bzw. zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	
Unterschrift hilfebedürftige Person	
Unterschrift Vertreter / Betreuer / Bevollmächtigter	