

C 1.1 Protokoll Erstgespräch / Kundenaufnahme

Kundenaufnahme und Beratung beim Erstbesuch in der Häuslichkeit:

Wann: Voraussichtlicher Start: HDZ Pflegefachkraft:

Kundendaten:

Name, Vorname: Geb.name:

Geb.datum: Geb.ort: Konfession:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Telefon mobil:

Familienstand: lebt zusammen mit:

Schlüsselübergabe: ☐ ja ☐ nein

Wie viele Schlüssel erhalten:

- ☐ Haustür
- ☐ Wohnungstür
- ☐ Briefkasten
- ☐ sonstige

Kranken/Pflegekasse: Vers. Nr.:

Pflegegrad: beantragt am: Beihilfe? ☐ ja ☐ nein%

Pflegegeld schon erhalten?: ☐ ja ☐ nein -> Umstellung Kombileistung? ☐ ja ☐ nein

Rechnung (Privatleistungen) an:

Betr. Vollmacht / Verfügung vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Wo hinterlegt?

Patientenverfügung? ☐ ja ☐ nein

Wo hinterlegt?

Wer soll im Notfall informiert werden?

Angehörige:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Telefon mobil:

Fam. Stand:

Angehörige:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Telefon mobil:

Fam. Stand:

Hausarzt:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Facharzt:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Betreuer:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: Fax:

Hausnotruf:

Essensdienst:

Apotheke:

Therapeuten:

Ärztliche Diagnosen:

.....

.....

.....

Pflegerische Diagnosen:

.....

.....

.....

Medikamentenplan:

Größe: Gewicht:

Besondere Pflegesituation:

☐ Kontraktur wo:

☐ Vollständige Immobilität:

☐ Dekubitus Grad Ort:

☐ Blasenkatheter ☐ supr. Katheter ☐ MRSA ☐ PEG Sonde ☐ Diabetes mell. ☐ Rollstuhl

☐ sonstiges

Feststellung notwendiger Versorgung:

Grundpflege ☐ Behandlungspflege ☐ Hauswirtschaft ☐ Betreuung ☐

Wünsche und Bedürfnisse:

.....

.....

.....

Gewünschte Einsatztage und Zeiten:

.....

Ressourcen und Fähigkeiten:

.....

.....

Leistungen die von Angehörigen erbracht werden:

.....

.....

Vorhandene Hilfsmittel:

☐ Gehstock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Pflegebett ☐ Toilettensitzerhöhung ☐ Toilettenstuhl

☐ Steckbecken ☐ Urinflasche ☐ Personenlifter ☐ Badewannenlifter ☐ Badewannendrehsitz

☐ Duschstuhl ☐ Zahnprothese oben ☐ Zahnprothese unten ☐ Hörgerät re. ☐ Hörgerät li.

☐ Brille ☐ Lesebrille ☐ Hausnotruf ☐ sonstiges

☐ Inko.material:

Benötigte Hilfsmittel:

Wer organisiert nötige Hilfsmittel?

Klärung, wer welche Leistungen übernimmt:

Klärung der Kostenübernahme:

Klärung, welche Anträge erforderlich sind und wer diese stellt:

Risiko und Beratung:

Einschätzung Mobilität, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Einschätzung Sturzrisiko, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Einschätzung Dekubitusrisiko, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Einschätzung Kontinenzförderung, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Einschätzung Ernährung / Flüssigkeit, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Einschätzung Kontrakturrisiko, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Einschätzung Mundgesundheit, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Einschätzung Hautintegrität, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Einschätzung Schmerz, falls erforderlich Beratung:

.....

.....

.....

Bedarfsmedikation:

Selbstverwaltende: ☐ ja ☐ nein ☐ sonstiges:

Arztinfo?.....

Vorhandene Wunden: ☐ ja ☐ nein, wenn ja: ☐ chron. ☐ akut

Wo:

.....

Beratungsflyer Demenz ausgehändigt: ☐ ja ☐ nein

Beratungsflyer

.....ausgehändigt: ☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

Wie wurde der Kunde auf uns aufmerksam:

.....

Verhalten bei ungeklärter Abwesenheit / nicht Erreichbarkeit des Kunden:

.....

.....

.....

Reinbek, den

Unterschrift Pflegefachkraft

Patientendaten (Vorname / Name / Straße / Ort)

Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Verpflichtungserklärung des Pflegedienstes

1. Der Pflegedienst und seine Mitarbeiter verpflichten sich zur Diskretion und zu einem vertraulichen Umgang mit ihren personenbezogenen Daten. Der Pflegedienst hat seine Mitarbeiter über deren Verpflichtung zur Verschwiegenheit hinsichtlich aller Daten über den Kunden belehrt, von denen der Pflegedienst bzw. seine Mitarbeiter Kenntnis erlangen.
2. Soweit sie zur Erfüllung dieses Vertrages erforderlich sind, kann der Pflegedienst ihre personenbezogenen Daten unter Einschluss der Informationen über Ihre Gesundheit in der EDV-Anlage und der Pflegedokumentation des Pflegedienstes speichern bzw. automatisch verarbeiten. Die personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über die Gesundheit werden nur den Mitarbeitern zugänglich gemacht, die diese für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen des Vertrages über ambulante pflegerische Leistungen benötigen. Diese Daten werden vom Pflegedienst an die jeweiligen Kostenträger nur übermittelt, soweit sie zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen erforderlich sind. Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft hinsichtlich der über sie gespeicherten bzw. verarbeiteten Daten zu verlangen. Sie haben insbesondere das Recht zur Einsichtnahme in die geführte Pflegedokumentation.

Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung des Pflegekunden

1. Ich willige ein, dass der Pflegedienst für den Fall

- ☐ der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
- ☐ einer Einweisung in ein Krankenhaus
- ☐ der Betreuung in einer Tagespflegeeinrichtung
- ☐ der Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe
 - ☐ Physiotherapeut
 - ☐ Masseur
 - ☐ Heilpraktiker
 - ☐ Logopäden
 - ☐ _____
- ☐ der Verordnung von Heilmitteln
(z.B. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie)
- ☐ der ärztlichen Verordnung von Medikamenten (Apotheke)
- ☐ der Verordnung von Hilfsmitteln (z.B. Sanitätshäuser)
- ☐ der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens
(z.B. vollstationäre Einrichtung)
- ☐ einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung

☐ einer seelsorgerischen Betreuung durch:

Weitere: _____

meine personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über meine Gesundheit an den jeweils von mir gewählten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies zur weiteren Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung notwendig ist, und befreie die Mitarbeiter des Pflegedienstes insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Bei der Übermittlung der Daten gelten für den Pflegedienst die Prinzipien der „Rechtmäßigkeit, Verarbeitung nach Treu und Glauben“, „Transparenz“, „Datenminimierung“, „Richtigkeit“, „Speicherbegrenzung“, „Integrität und Vertraulichkeit“ und „Rechenschaftspflicht“. Dabei verfolgen wir den Grundsatz so wenig personenbezogene Daten wie möglich zu übermitteln.

Wir gehen davon aus, dass mit Ihren übermittelten Daten an den entsprechenden Leistungserbringer nach den Vorgaben des europäischen und deutschen Datenrechts umgegangen wird. Wir setzen die notwendigen technischen und organisatorischen Maßnahmen bei der Übermittlung Ihrer Daten ein, um diese sicher zu übermitteln. Wir übernehmen keine Haftung für den Umgang mit Ihren Daten durch den Leistungserbringer.

☐ Ich willige hiermit ein, dass meine Daten im notwendigen Umfang an die oben benannte Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

- Mir ist bekannt, dass der Pflegedienst für einen unsachgemäßen Umgang durch den Leistungserbringer nicht haftbar zu machen ist.

2. Einsicht- und Auskunftsrecht der Angehörigen und Bezugspersonen

Ein grundsätzliches Einsichtsrecht in die Pflegedokumentation, bzw. ein Auskunftsrecht über Gesundheits-, Pflege- und Betreuungsdaten haben Angehörigen und Bezugspersonen nicht.

Wenn sie ihren Angehörigen, oder ihre Bezugspersonen Einsicht- und Auskunftsrechte gewähren möchten, können sie uns von der Schweigepflicht entbinden.

Diese Befreiung von der Schweigepflicht darf nicht allgemein gehalten werden, sondern muss sich auf die konkrete Einsicht in die Pflegedokumentation beziehen:

Ich befreie alle Mitarbeiter des oben benannten Pflegedienstes gegenüber:
(Soziale Rolle / Vorname / Name)

von ihrer Schweigepflicht. Die genannten Personen dürfen meine Pflegedokumentation einsehen und haben ein uneingeschränktes Auskunftsrecht über meine Gesundheits-, Pflege- und Betreuungsdaten.

3. Um unsere Qualität ständig zu verbessern und dem Fortbildungsbedarf unserer Mitarbeiter gerecht zu werden, arbeiten wir mit einem externen Anbieter der Unternehmensberatung „Die Pflegedienstberater“, Waldweg 4, 35764 Sinn zusammen.

Berater dieses Unternehmens haben im Bedarfsfalle Einsicht in Ihre Patientenunterlagen. Die Mitarbeiter des Unternehmens „Die Pflegedienstberater“ wurden zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Berater verpflichten sich dabei zur Diskretion und zu einem vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Informationen des Kunden.

☐ Ich willige hiermit ein, dass die die Mitarbeiter des Unternehmens „Die Pflegedienstberater“ im Bedarfsfalle Einblick in meine Patientenunterlagen erhalten.

☐ Ich willige nicht ein.

Widerrufsbelehrung

Die von Ihnen erteilte Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie jeder Zeit widerrufen.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt und die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung Pflege und Betreuung erhalten.

Möchten Sie die oben genannten Betroffenenrechte geltend machen, wenden Sie sich bitte an den Verantwortlichen des Pflegedienstes oder dem Datenschutzbeauftragten unter info@dpberater.de.

, den

(Unterschrift Kunden)

(bei Bedarf Betreuer / Bevollmächtigter)

Patientendaten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Straße / Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes:

K&A Ambulante Pflegedienst GmbH, Lauenburger Landstraße 32, 21039 Börnsen,

hinsichtlich der Beschaffung von Verordnungen für Krankenpflege und Rezepten, zur Sicherung meiner Versorgung und erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen ihrer Aufgaben benötigte Auskünfte erteilt werden dürfen.

Ich / wir unterschreibe/n diesen Antrag als:

- ☐ Patient persönlich
- ☐ bevollmächtigter Vertreter*
- ☐ Betreuer*

Widerrufsbelehrung

Ich kann diese Erklärung mündlich oder schriftlich jeder Zeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der verantwortlichen Stelle widerrufen.

Der Widerruf ist zu richten an den Verantwortlichen im Pflegedienst oder dem Datenschutzbeauftragten unter info@dpberater.de.

Ort, Datum

Unterschrift

* Nachweis wird beigelegt

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung gemäß Art. 6 (1) a DS-GVO

Firmenstempel:

K&A Ambulante Pflegedienst GmbH
Lauenburger Landstr. 32
21039-Börsen
Tel.: 040 1800 88 73

Name, Vorname des Betroffenen/Patienten

ggf. Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters

Geburtsdatum des Betroffenen/Patienten

ggf. Geburtsdatum des gesetzlichen Vertreters

Straße und Hausnr. des Betroffenen/Patienten

ggf. Straße und Hausnr. des gesetzlichen Vertreters

PLZ und Wohnort des Betroffenen/Patienten

ggf. PLZ und Wohnort des gesetzlichen Vertreters

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

ich möchte die mir zur Verfügung stehende Zeit ganz Ihnen widmen. Daher beauftrage ich die AS Abrechnungsstelle für Heil-, Hilfs- und Pflegeberufe AG, Am Wall 96-98, 28195 Bremen (AS AG) mit der Abrechnungserstellung und dem Einzug von Forderungen für Selbstbeteiligungen/Privatleistungen. Da für die Abrechnungserstellung und dem Einzug von Forderungen über die AS AG im Rahmen der Selbstbeteiligungen/Privatleistungen keine gesetzliche Grundlage existiert, ist diese Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung erforderlich. Die AS AG rechnet Leistungen der Heil-, Hilfs- und Pflegeberufe ab.

Ich übermittele zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung des Rechnungsbetrages die jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patienten-/Betroffenenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an die AS AG.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AS AG, die auf personenbezogene Daten von Patienten zugreifen können, wurden auf die Wahrung der Vertraulichkeit entsprechend Art. 28 DS-GVO sowie auf das Sozialgeheimnis entsprechend § 35 SGB I verpflichtet und über die sich aus diesem Auftrag ergebenden besonderen Datenschutzpflichten sowie die bestehende Weisungs- bzw. Zweckbindung belehrt. Gehört der Leistungserbringer einer der in § 203 Abs. 1 oder 2 StGB genannten Berufsgruppen an, sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AS AG außerdem auf die Geheimhaltung als sonstige mitwirkende Person nach § 203 StGB verpflichtet.

Nach vollständiger Aufklärung über die freiwillig zu erteilende Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung erkläre ich mich ausdrücklich mit Folgendem einverstanden:

- Weitergabe der zum Zweck der Abtretung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Behandlung bzw. Versorgung (Daten von dem Rezept bzw. der Verordnung) an die AS AG, Am Wall 96-98, 28195 Bremen
- Abtretung der sich aus der Behandlung bzw. Versorgung ergebenden Forderungen an die AS AG
- Einschaltung der Creditreform Bremen Dahlke KG als registrierten Inkassodienstleister für den Fall der Nichtzahlung trotz einer Mahnung. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die AS AG und die Creditreform Bremen Dahlke KG berechtigt sind, Auskünfte zu meinem bisherigen Zahlungsverhalten bei Wirtschaftsauskunfteien einzuholen.
- Im Rahmen der Refinanzierung erfolgt eine Abtretung der Forderung der AS AG an die refinanzierenden Banken. Hierbei werden keine Gesundheitsdaten, sondern lediglich anonymisiert summierte offene Posten weitergegeben. Die Vertraulichkeit meiner personenbezogenen Daten ist in jedem Fall gewährleistet.

Diese Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung gilt auch für zukünftige Behandlungen bzw. Versorgungen. Sie kann jederzeit bei der oben genannten Stelle mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Eine Mehrfertigung dieser Erklärung kann ich auf Wunsch anfordern.

Streichungen und/oder Änderungen machen diese Erklärung unwirksam.

Ort, Datum

Unterschrift des Betroffenen/Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Ich entbinde meinen behandelnden/versorgenden Leistungserbringer und die AS AG von ihrer Schweigepflicht nach § 203 StGB gegenüber den oben genannten Stellen, soweit dies für die Abrechnung, die Geltendmachung der Forderung und die Bearbeitung der Rechnung erforderlich ist (gilt nur falls mein Leistungserbringer Berufsgeheimnisträger gemäß § 203 StGB ist).

Ort, Datum

Unterschrift des Betroffenen/Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB)

K&A Ambulante Pflegedienst GmbH
Lauenburger Landstraße 32
21039 Börnsen

§ 1 Geltungsbereich

Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelten für sämtliche Pflege-, Betreuungs-, Beratungs- und hauswirtschaftlichen Leistungen der K&A Ambulante Pflegedienst GmbH gegenüber Pflegebedürftigen, deren Angehörigen, gesetzlichen Vertretern, Betreuern sowie sonstigen Auftraggebern.

§ 2 Leistungsumfang

Der Umfang der Leistungen ergibt sich aus dem jeweils abgeschlossenen Pflegevertrag, den vereinbarten Leistungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen der Kranken- und Pflegeversicherung. Änderungen oder Ergänzungen der Leistungen bedürfen der gegenseitigen Abstimmung.

§ 3 Mitwirkungspflichten

Der Pflegebedürftige bzw. dessen gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, alle für die Versorgung erforderlichen Informationen vollständig und wahrheitsgemäß zur Verfügung zu stellen. Änderungen des Gesundheitszustandes, der Wohnsituation oder der Kostenträger sind dem Pflegedienst unverzüglich mitzuteilen.

§ 4 Vergütung und Abrechnung

Die Vergütung erfolgt auf Grundlage der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarungen mit den Kranken- und Pflegekassen oder nach den vereinbarten Preisen für Privatleistungen. Leistungen, die nicht oder nicht vollständig von den Kostenträgern übernommen werden, sind vom Auftraggeber selbst zu tragen. Rechnungen sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung ohne Abzug fällig.

§ 5 Beratungs- und Aufnahmegespräche

Die Erstberatung einschließlich eines ersten Aufnahme- oder Besichtigungstermins ist kostenfrei. Werden darüber hinaus weitere Beratungs-, Planungs- oder Organisationstermine durchgeführt, ohne dass anschließend ein Pflegevertrag zustande kommt, kann die K&A Ambulante Pflegedienst GmbH eine Beratungspauschale von 50,00 EUR pro zusätzlichen Termin berechnen. Die Berechnung erfolgt nur, wenn nach Durchführung der weiteren Beratungstermine keine Leistungen des Pflegedienstes in Anspruch genommen werden. Kommt ein Pflegevertrag zustande, werden die vorangegangenen Beratungsleistungen nicht gesondert berechnet.

§ 6 Terminabsagen und Verhinderung

Vereinbarte Einsätze und Termine sind möglichst frühzeitig abzusagen. Bei kurzfristigen Absagen von weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kann der Pflegedienst die entstandenen Kosten in Rechnung stellen, soweit diese nicht durch die Kranken- oder Pflegekasse übernommen werden. Hiervon ausgenommen sind nachweisbare Notfälle oder unvorhersehbare Ereignisse.

§ 7 Haftung

Die K&A Ambulante Pflegedienst GmbH haftet im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften. Für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit gelten die gesetzlichen Haftungsregelungen uneingeschränkt. Im Übrigen haftet der Pflegedienst nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

§ 8 Datenschutz und Schweigepflicht

Personenbezogene Daten werden ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzvorschriften verarbeitet. Alle Mitarbeitenden des Pflegedienstes unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und behandeln sämtliche patientenbezogenen Informationen vertraulich.

§ 9 Vertragsbeendigung

Die Kündigung des Pflegevertrages richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen sowie den vertraglich vereinbarten Kündigungsfristen. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

§ 10 Schlussbestimmungen

Änderungen und Ergänzungen dieser AGB bedürfen der Schriftform, soweit gesetzlich zulässig. Sollte eine Bestimmung dieser AGB ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon unberührt. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Stand: März 2026

K&A Ambulante Pflegedienst GmbH

Ich bestätige, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der K&A Ambulante Pflegedienst GmbH erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben. Die AGB werden als Bestandteil des Pflegevertrages anerkannt.

Ort, Datum: _____

Name des Kunden / Vertreters: _____

Unterschrift Kunde / Vertreter: _____

Unterschrift K&A Ambulante Pflegedienst GmbH: _____