

Eingegangen am:

Infobogen b.i.f. ambulante Dienste

Wir möchten Sie bitten, die untenstehenden Fragen sorgfältig zu beantworten.
Alle Informationen dienen dazu, wichtige Hinweise für die Begleitung und Pflege zu erhalten. Die Informationen werden an unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen weitergegeben.

DAS BIN ICH!

Vorname, Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Geb.-Datum _____

Mobil _____

E-Mail _____

Wer möchte:

Foto
Das bin ich!

Wichtige Informationen

Ich habe eine **gesetzliche Betreuung**? Ja Nein

In folgenden Bereichen besteht die Betreuung: _____

Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Wichtige Bezugspersonen

(Eltern, Pflegeeltern, Partner*in, Angehörige, ggf. Funktionsangabe)

Anschrift: _____ E-Mail _____

Telefon-Nr. _____ Handy (Notfallnummer) _____

- Ich lebe ...
- bei meinen Eltern / Angehörigen
 - in einer besonderen Wohnform (Wohnheim)
 - in meiner eigenen Wohnung ohne Unterstützung
 - Ambulant Betreutes Wohnen

Anschrift, Ansprechpartner*in, Telefonnummer, E-Mail: _____

Ich habe einen **Behindertenausweis** Nein ja, welche Merkmale _____
(bitte eine Kopie beilegen)

Wertmarke vorhanden? Nein ja

Ich habe folgenden Pflegegrad 1 2 3 4 5

Ich habe Anspruch auf:

Verhinderungspflege § 39 SGB XI Ja Nein

Entlastungsbetrag § 45b SGB XI Ja Nein

Kurzzeitpflege § 42 SGB XI umgewidmet Ja Nein

Sonstige Budgets _____

Name meiner **Krankenkasse**: _____

Adresse: _____

Krankenkassenversicherten-Nummer: _____

Name und Art der Einrichtung in die ich gehe oder betreut werde

Kindergarten _____

Schule _____

Werkstatt _____

Ansprechpartner*in / Telefonnr.: _____

(Betreuer*in in der Einrichtung, Lehrer*in in der Schule o.ä.)

Gesundheit

Allgemeine Informationen

Diagnose / Art der Behinderung _____

Ich bin ... sehbehindert blind
 schwerhörig gehörlos
 nichtsprechend

Ich benötige ... eine Gehilfe / Rollator einen Rollstuhl

Ergänzung: _____

Ich habe vollständigen Impfschutz gegen Covid-19 Ja Nein

Ich bin von Covid-19 genesen Ja Nein

Datum der Abnahme des positiven Tests _____

Ich habe Epilepsie

Ja

Nein

Art der Epilepsie: _____

Wird ein Helm getragen? ... Ja Nein
 andere Schutzmaßnahmen _____

Gibt es ein Anfallsbuch? ... Ja Nein

Wann war der letzte Anfall? _____

So treten meine Anfälle auf (Häufigkeit, Tageszeit, Verlauf, Verhalten danach ...)

Mögliche Auslöser: _____

Das können Anzeichen für einen Anfall sein _____

Notfallmedikamente Epilepsie

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

Bei einem Anfall; wann soll das Medikament verabreicht werden? Nach _____ Minuten

In welcher Situation wird das Medikament verabreicht? _____

Wie wird es verabreicht? _____

Die Notfallmedikamente sind in Originalverpackungen mit Beipackzetteln mitzugeben. Bitte schreiben Sie auf alle Verpackungen Ihren Namen.

**Ich habe folgende Allergien /
Unverträglichkeiten**

Allergien: _____

Unverträglichkeiten: _____

Sonstige _____

Deshalb darf ich nicht: _____

Regelmäßige Medikamente Ja Nein**Während der Teilnahme an folgenden Angeboten muss ich Medikamente einnehmen:**Einzelassistenzen Ja NeinReisen Ja NeinFerienspiele Ja NeinGruppenangebote Ja NeinTagfalter / Nachtschwärmer Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass wir vor Beginn des jeweiligen Angebotes eine aktuelle Verordnung (nicht älter als 6 Wochen) aller (regelmäßige Medikation und Bedarfsmedikation) zum Zeitpunkt des Angebotes benötigten Medikament von Ihrem / Ihrer Arzt / Ärztin benötigen!

Ich nehme die Medikamente selbst ein? Ja NeinFalls ja, ist eine Kontrolle notwendig? Ja NeinSollen Medikamente durch die Mitarbeiter*innen verabreicht werden?... Ja Nein

Die benötigten Medikamente müssen in einer mit Namen gekennzeichneten Medikamentenbox vorgerichtet sein! Dies gilt auch, wenn es sich nur um eine einzelne Tablette handelt. **LOSE Medikamente dürfen wir nicht annehmen.**

„Ich wurde in Kenntnis gesetzt, dass die Medikamente während der Angebote durch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen vergeben werden und gebe hierzu ausdrücklich mein Einverständnis.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter von b.i.f. ambulante Dienste werden von den hauptamtlichen Mitarbeiter*innen in die Medikamentengabe eingewiesen, haben jedoch keine Ausbildung zur Vergabe von Medikamenten.

Des Weiteren unterrichtete ich die Mitarbeiter*innen im Büro von b.i.f. ambulante Dienste unverzüglich über Änderungen hinsichtlich der Medikation, die Notwendigkeit einer neuen Medikamenteneinnahme, über abweichende Dosierung oder sonstige Veränderungen.

Pflege & Co.

Essen und Trinken

Ich esse und trinke: ... selbständig mit Unterstützung wenn ich es gereicht bekomme

Mein Essen muss: ... klein geschnitten werden
 passiert werden
 sondiert werden
 Sonstiges _____

Spezielle Hilfsmittel (rutschfeste Unterlage, Spezialbesteck, -geschirr, Strohalm, usw.)

Was gibt es noch zu beachten (z.B. Diät, Menge, Vegetarier ...)

Genussmittel

Ich darf **rauchen** Ja
 Nein

Ich darf **Alkohol** trinken Ja
 Nein

Ich darf **Kaffee** / Energy Drink trinken Ja
 Nein

Bemerkungen: _____

Körperpflege

(bitte entsprechendes ankreuzen)

	Selbstständig	Anleitung/ Kontrolle	Auf Fremdhilfe angewiesen
Toilette			
Hände waschen			
an-/ ausziehen			
duschen			
Zähne putzen			
Rasur			
Monatshygiene			

Hilfsmittel (z.B. Windeln, Matratzenschoner, Duschlifter, etc.): _____

Weitere Besonderheiten (z.B. benötigte bestimmte Cremes, Stuhlgangverhalten...)

Schlafgewohnheiten

- Ich benötige ein Pflegebett Ja Nein
Ich wache nachts öfter auf Ja Nein
Ich muss nachts auf die Toilette Ja Nein
Ich muss gelagert werden Ja Nein

Anmerkungen: (z.B. Licht / Musik / Kuscheltier zum Einschlafen ...): _____

Schwimmen und Baden

Ich darf ins Wasser: Ja Nein

Ich kann schwimmen: Ja, alleine Nein
 Ja, unter Aufsicht

Zum Schwimmen benötige ich eine Schwimmhilfe: Ja Nein

wenn ja, welche? _____
(wenn Schwimmhilfen benötigt werden, sind diese von der Teilnehmer*in mitzubringen)

Allgemeine Informationen

Soziale Kontakte

Ich benötige eine ständige Bezugs- und Begleitperson Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

- Ich bin im Umgang mit anderen Teilnehmer*innen:
- sehr ruhig (ziehe mich gerne bei Trubel zurück)
 - ruhig
 - aktiv
 - sehr aktiv (bin nur schwer zu bremsen)

Unter Umständen zeige ich Verhaltensweisen, die mich und / oder andere gefährden könnten Ja Nein

Diese äußern sich folgendermaßen (z.B. Haare ziehen, schlagen, kratzen...)

Es kann sein, dass ich mich ungefragt von der Gruppe entferne (**Weglauff Tendenz**): Ja Nein

Ich verlasse Räume ungefragt Ja Nein

Bei Übernachtungen besteht die Gefahr, dass ich nachts weglaufe: Ja Nein

Ich reagiere auf Zurufe: Ja Nein

Kommunikation

Ich kann sprechen Ja Nein
Ich kann verständlich sprechen Ja Nein
 einzelne Wörter

Ich kann „JA“ – „Nein“ Frage beantworten Ja Nein
Ich kann Bilder/ Grafiken verstehen Ja Nein

Ich benutze Hilfsmittel Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Ich benutze Gebärden Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Weitere Besonderheiten: _____

Lebenspraktischer Bereich

Ich **kann**... lesen Ja Nein
schreiben Ja Nein
rechnen Ja Nein
die Uhr lesen Ja Nein

Beim Umgang mit **Geld** brauche ich keine Hilfe
 Unterstützung
 Fremdhilfe

Das mache ich besonders **gerne** (z.B. Brettspiele, Fußball spielen ...)

Das gibt es noch zu **bedenken**: (bestimmte Ängste, Berührungen, die ich nicht mag, Anzeichen von Gereiztheit / Unwohlsein, sonstiges ...)

Mobilität und Orientierung

Ich ... habe keine Einschränkungen in meiner Beweglichkeit
 kann kleinere Wanderungen unternehmen
 kann nur kurze Strecken laufen

sitze im Rollstuhl
 sitze im Rollstuhl, kann aber sehr kurze Strecken laufen
 sitze im Rollstuhl, kann aber umsitzen

muss an der Hand geführt werden, wenn _____

Sonstiges: _____

Ich ... habe eine gute Orientierung
 kenn mich in vertrauter Umgebung gut aus, außerhalb fällt mir das allerdings schwer
 habe keine Orientierung

Ich ... bewege mich sicher im Straßenverkehr
 benötige Hilfe im Straßenverkehr

„Ich / Wir sind damit einverstanden, dass mein Name anderen Teilnehmer*innen des selben Angebotes bekannt gegeben werden darf.“

Ja Nein

Datum Unterschrift Teilnehmer*in

Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte*r oder gesetzliche Betreuung

Dieser Infobogen wird bei der Aufnahme und jährlich neu ausgefüllt bzw. aktualisiert.
Ihre Daten werden nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandelt.


Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Nur bei jährlicher Aktualisierung auszufüllen.

Ich habe den vorliegenden Infobogen auf Aktualität geprüft

Datum Unterschrift Teilnehmer*in

Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte*r oder gesetzliche Betreuung

	Geschäftsbereich Wohnen und ambulante Hilfen – b.i.f. ambulante Dienste	Revisionsnummer: 44-Fo05-BIF-2205
	Prozess: Aufnahme Anlage Infobogen Datenschutzerklärung	Stand: 05/2022

Datenschutzerklärung

Wir behandeln Ihre uns mitgeteilten persönlichen Daten streng vertraulich und gemäß den Bestimmungen im Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie sonstiger datenschutzrechtlicher Vorgaben, die wir als Verein für Gemeindediakonie und Rehabilitation e.V. anzuwenden haben.

Die vorliegende Datenschutzerklärung erläutert, welche Daten wir erheben und wofür wir sie nutzen. Sie erläutert auch, wie, zu welchem Zweck und auf welcher Rechtsgrundlage das geschieht.

Zusätzlich erhalten Sie einen Überblick über Ihre Rechte aus den Datenschutzgesetzen. Detaillierte Hinweise finden Sie auch auf unserer Website unter:

www.gemeindediakonie-mannheim.de/datenschutzerklaerung

1. Verantwortliche Stelle und Datenschutzbeauftragter

Verein für Gemeindediakonie und Rehabilitation e.V. Mannheim
Rheingoldstraße 28a
68199 Mannheim

Dipl.-Ing. Gernot Scholl (Vorstand)

Telefonnummer: 0621 84 403-0

E-Mail-Adresse: info@gemeindediakonie-mannheim.de

Wir haben für unser Unternehmen einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten per E-Mail unter datenschutz@gemeindediakonie-mannheim.de

2. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlagen


Die Erhebung Ihrer Daten erfolgt, um Sie angemessen zu betreuen und zu unterstützen, wo Sie Hilfe benötigen, um Sie zu begleiten und zu beraten sowie Sie als unseren Kunden identifizieren und mit Ihnen korrespondieren zu können. Sie erfolgt ausschließlich nach dem Grundsatz der Zweckbindung und Datenminimierung gemäß § 5 DSGVO im Rahmen der rechtmäßigen vorvertraglichen und vertraglichen Durchführung sowie rechtlicher Verpflichtungen, denen wir unterliegen.

Die Datenverarbeitung zu den genannten Zwecken ist für die Erfüllung der mit den Verträgen für die Leistungserbringung zwischen Ihnen und dem Verein für Gemeindediakonie und Rehabilitation e.V. verbundenen Pflichten sowie aufgrund gesetzlicher Vorgaben angemessen und erforderlich. Hierzu verarbeiten wir neben Ihren personenbezogenen Adress- und Kontaktdaten insbesondere Ihre Bank-, Gesundheits-, Sozial-, Betreuungs- und Pflegedaten und sonstige zur Vertragserfüllung benötigten Daten nach § 4 DSGVO. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Stellen, bei denen Sie in Behandlung/Betreuung/Pflege/Beratung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Medikamentenplänen oder Verordnungen zur Behandlungspflege) nach § 6, Ziff. 1, 5 und 6 sowie § 13, Abs. 2 DSGVO.

Die Erhebung Ihrer Daten ist Voraussetzung, um einen Vertrag für Ihre Teilnahme an unseren Angeboten abschließen zu können. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Betreuung/Pflege/Beratung nicht erfolgen.

Wenn die Betreuung/Pflege/Beratung durch eine/n unserer Mitarbeitenden zum Zweck der Ausbildung erfolgt, werden aus Ihren personenbezogenen Daten Fallbeschreibungen erstellt. Der Name wird hierbei anonymisiert. Die personenbezogenen Daten können auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür sind § 13, Abs. 2, Ziff. 9 und § 50 DSGVO.

Erfolgt die Datenverarbeitung ohne vertragliche oder gesetzliche Grundlage, erbitten wir als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung gemäß § 6, Ziff. 2. Ihre Einwilligung benötigen wir beispielsweise im

	Geschäftsbereich Wohnen und ambulante Hilfen – b.i.f. ambulante Dienste	Revisionsnummer: 44-Fo05-BIF-2205
	Prozess: Aufnahme Anlage Infobogen Datenschutzerklärung	Stand: 05/2022

Falle eines Lichtbildes zur Veröffentlichung in Medien, wie z.B. der Website der Gemeindediakonie Mannheim. Die Einwilligung ist freiwillig. **Sie haben gem. § 11, Abs. 3 DSGVO das Recht, diese jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.**

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies für die Abwicklung des Leistungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist, gesetzlich gefordert ist oder Sie eingewilligt haben. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen und zur Klärung der von uns erbrachten Leistungen, die sich aus dem Verhältnis zwischen dem Sozialhilfeträger und uns als Leistungserbringer ergeben. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger, beispielsweise Supervisoren oder Gutachter.

Der Umfang der übermittelten Daten beschränkt sich auf das erforderliche Minimum.

Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte etwa zu Zwecken der Werbung erfolgt nicht. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte/Therapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und Behörden (Träger der Grundsicherung und Sozialhilfeträger) sein.

Für die Abwicklung unserer Dienstleistungen eingesetzte Spezialdienstleister werden von uns sorgfältig ausgewählt und auf Grundlage eines „Auftragsverarbeitungsvertrages“ gemäß § 30 DSGVO schriftlich beauftragt. Dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter, Systemadministratoren und Rechenzentrumsbetreiber. Diese haben nur Zugriff auf personenbezogene Daten soweit es für die Erbringung der Dienstleistungen unbedingt erforderlich ist. Sie sind an unsere Weisungen gebunden und werden von uns regelmäßig kontrolliert. Die Dienstleister werden diese Daten nicht an Dritte weitergeben.

Es erfolgt keine Datenübermittlung an Empfänger in einem Drittland außerhalb der EU und eine solche ist auch nicht geplant.

4. Speicherung Ihrer Daten


Ihre bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald sie für die Durchführung der Leistungen nicht mehr erforderlich sind und der Löschung keine gesetzlichen Vorgaben entgegenstehen. Das gilt für Daten, die z.B. aus handels- oder steuerrechtlichen Gründen 6 oder 10 Kalenderjahre oder nach anderen Vorschriften bis zu 30 Jahre aufbewahrt werden müssen.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (§ 19 DSGVO). Sollten unrichtige Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (§ 20 DSGVO). Unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (§ 21; § 22, § 25 DSGVO). Es steht Ihnen auch ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (§ 24 DSGVO). Sie haben ferner gemäß § 11 Abs. 3 DSGVO das Recht, eine freiwillig erteilte Einwilligung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

Unbeschadet anderweitiger Rechtsbehelfe können Sie sich mit einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden, wenn sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten in ihren Rechten verletzt worden zu sein (§ 46 DSGVO). Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Beauftragte für den Datenschutz in der Evang. Kirche in Deutschland - Außenstelle Ulm
Dr. Axel Gutenkunst, Regionalverantwortlicher
Hirschstr. 4, 89073 Ulm
Tel.: 0731 140593-0

	Geschäftsbereich Wohnen und ambulante Hilfen – b.i.f. ambulante Dienste	Revisionsnummer: 44-Fo05-BIF-2205
	Prozess: Aufnahme Anlage Infobogen Datenschutzerklärung	Stand: 05/2022

E-Mail: axel.gutenkunst@datenschutz.ekd.de

Das Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche (DSG-EKD) ist im Internet unter <https://www.kirchenrecht-ekd.de/document/41335> einsehbar.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorstehende Datenschutzerklärung der Gemeindediakonie Mannheim zur Kenntnis genommen habe.

Name, Vorname des Kunden: _____ Geburtsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kunde
bzw. gesetzliche Vertretung