

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Sollten mehr als eine Person betreut werden, bitten wir Sie zwei Fragebögen auszufüllen.

Angaben zur Kontaktperson (Auftraggeber)

NACHNAME _____ VORNAME _____

STRASSE, NR., WOHNUNGSNUMMER _____

STADT _____ PLZ _____

FESTNETZ _____ HANDYNUMMER _____

E-MAIL _____

VERWANDTSCHAFTSGRAD ZU DER ZU BETREUENDEN PERSON (SOHN, NACHBAR, USW.) _____

IST DER KUNDE DIE KONTAKTPERSON VOR ORT? ja nein

Angaben zur Kontaktperson vor Ort

NACHNAME _____ VORNAME _____

VERWANDTSCHAFTSGRAD ZU DER ZU BETREUENDEN PERSON (SOHN, NACHBAR, USW.) _____

FESTNETZ _____ HANDYNUMMER _____

Ich bestätige, zur Weitergabe der obigen personenbezogenen Daten der Kontaktperson/-en berechtigt zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift des Auftraggebers bzw. Bevollmächtigter

Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

NACHNAME _____ VORNAME _____

STRASSE, NR., WOHNUNGSNUMMER _____

STADT _____ PLZ _____

FESTNETZ _____ HANDYNUMMER _____

GEBURTSDATUM _____ GRÖSSE (cm) _____ GEWICHT (kg) _____

HAUSARZT _____

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

AKTUELLER PFLEGEGRAD

KEIN PFLEGEGRAD



PFLEGEGRAD 1

PFLEGEGRAD 2

PFLEGEGRAD 3

PFLEGEGRAD 4

PFLEGEGRAD 5

BEANTRAGT IN DEN LETZTEN 6 MONATEN? ja nein

BEANTRAGT

PFLEGEGRAD BEANTRAGT

PFLEGEGRAD 1

PFLEGEGRAD 2

PFLEGEGRAD 3

PFLEGEGRAD 4

PFLEGEGRAD 5

KRANKENKASSE GESETZLICH PRIVAT

Krankheitsbilder

WELCHE KRANKHEITSBILDER SIND BEKANNT?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Demenz (fortgeschritten) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Dermatitis (atopisch) | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall li. |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall re. |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tumor |

Ist die zu betreuende Person Raucher? ja nein

SONSTIGE DIAGNOSEN: _____

Kommunikation



HÖREN

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



SEHEN

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



SPRECHEN

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt

Orientierung



ZEITLICH

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



ÖRTLICH

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



PERSÖNLICH

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt

Sich bewegen

- Zu betreuende Person bettlägerig
 - Zu betreuende Person bettlägerig inkl. waschen
- Zu betreuende Person muss gelagert werden
 - Zu betreuende Person kann mithelfen

Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? ja nein

Arbeitet die zu betreuende Person beim Transfer mit? ja nein

Palliativ Stadium

In der Palliativversorgung geht es um die umfassende Betreuung von Menschen mit nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung. Das oberste Ziel ist die Linderung ihrer Beschwerden und die Steigerung ihrer Lebensqualität.



GEHEN



STEHEN



TRANSFER



TREPPEN STEIGEN

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt |
| <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |

ZU BETREUENDE PERSON KANN SICH SELBSTSTÄNDIG MIT EINEM ROLLATOR FORTBEWEGEN ja nein

INNERHALB DER WOHNUNG AUSSERHALB DER WOHNUNG

- ja nein ja nein

ZU BETREUENDE PERSON KANN SICH SELBSTSTÄNDIG IM ROLLSTUHL FORTBEWEGEN ja nein

INNERHALB DER WOHNUNG AUSSERHALB DER WOHNUNG

- ja nein ja nein

HILFSMITTEL

- Antidekubitusmatratze Pflegebett Transferlifter Treppenlifter Rollator Rollstuhl

Pflegedienst

Kommt bereits ein ambulanter Pflegedienst? ja nein

Falls nein, wurde ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Angaben und Aufgaben zur Betreuungskraft

GEWÜNSCHTES GESCHLECHT DER BETREUUNGSKRAFT

- Frau Mann Irrelevant

VORAUSSICHTLICHER BEGINN DES EINSATZES _____

Angaben zur Tätigkeit der Betreuungskraft

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Einkaufen gehen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Pflege der Zimmerpflanzen |
| <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> Spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Reinigung des Arbeitsplatzes | <input type="checkbox"/> Arztbesuche |
| <input type="checkbox"/> Gemeinsame Ausflüge | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> Auto fahren Schaltgetriebe | <input type="checkbox"/> Auto fahren Automatikgetriebe |

Beschreibung der Unterkunft

DIE ZU BETREUENDEPERSON WOHNT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alleine | <input type="checkbox"/> Mit dem Sohn/der Tochter zusammen |
| <input type="checkbox"/> Mit Ehefrau/-mann/Partner zusammen | <input type="checkbox"/> Mit dem Bruder/der Schwester zusammen |
| <input type="checkbox"/> Mit Enkel/Enkelin zusammen | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> In einem Mehrgenerationenhaushalt | |

WAS IST IHNEN FÜR DIE BETREUUNG AM WICHTIGSTEN?

- Eine Betreuungskraft die Diätkost für Diabetiker vorbereiten kann
- Führerschein
- Der Vertrag sofort starten
- Unterstützung eines Betreuungsbedürftigen mit Demenz
- Eine Betreuungskraft, die sich um Menschen, die an Multiple Sklerose leiden, kümmern kann.
- Inkontinenzversorgung
- Eine Betreuungskraft die Stomabeutel wechseln kann
- Eine Betreuungskraft mit kommunikativen Sprachkenntnissen
- Hilfe bei vollständiger Transferbedürftigkeit

Krankheitsbilder

ANSTECKENDE KRANKHEITEN ja nein

WELCHE? _____

ANSTECKENDE KRANKHEITEN DER IM HAUSHALT LEBENDEN PERSONEN ja nein

WELCHE? _____

Hilfsmittel



ja nein

KANN SELBSTÄNDIG EINSETZEN?

HÖRGERÄT ja nein



ja nein

KANN SELBSTÄNDIG AUFSETZEN?

BRILLE ja nein

Gemütszustand

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ängstlich | <input type="checkbox"/> Gereizt | <input type="checkbox"/> Euphorisch | <input type="checkbox"/> Labil |
| <input type="checkbox"/> Apathisch | <input type="checkbox"/> Offen | <input type="checkbox"/> Bestimmend | <input type="checkbox"/> Zurückhaltend |
| <input type="checkbox"/> Fordernd | <input type="checkbox"/> Lieb | <input type="checkbox"/> Sensibel | <input type="checkbox"/> Kritisch |
| <input type="checkbox"/> Fröhlich | <input type="checkbox"/> Launisch | <input type="checkbox"/> Positiv | <input type="checkbox"/> Negativ |

SONSTIGE: _____

Inkontinenz

URININKONTINENZ nein gelegentlich ja

STUHLINKONTINENZ nein gelegentlich ja

IST DIE SELBSTÄNDIGE BENUTZUNG EINER TOILETTE ODER EINES TOILETTENSTUHLS MÖGLICH?

uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

WIE OFT IST EIN TOILETTENGANG IN DER NACHT NÖTIG?

0 1 2 3 4 Mehr

HILFSMITTEL

Blasenkatheter Suprapubischer Katheter Urinflasche Vorlagen Windeln

SONSTIGE: _____

Hygiene



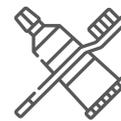
DUSCHEN / BADEN

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



HAUTPFLEGE

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



MUNDPFLEGE / ZAHNPROTESE

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



HAARPFLEGE

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



INTIMPFLEGE

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



RASIEREN

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt

HILFSMITTEL

Nachtstuhl Duschstuhl Badewannenlift Toilettensitzerhöhung

Pflegehilfsmittel (wie Einweghandschuhe, Windeln, Desinfektionsmittel etc.) sind in einem Haushalt mit pflegebedürftiger Person obligatorisch. Zuschüsse für Pflegehilfsmittel können Sie beantragen. Wir empfehlen einen "Dauerauftrag" über einen Lieferdienst.

Essen und Trinken



ESSEN

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



TRINKEN

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt



KAUEN UND SCHLUCKEN

- uneingeschränkt
- teilweise eingeschränkt
- eingeschränkt

PEG Sonde

- ja nein

ERNÄHRUNGSZUSTAND

- Normal
- Unterernährt
- Fettleibig
- Entwässert

KOSTFORM / DIÄT

- Normal
- Vollwert
- Vegetarisch
- Sonderkost
- Diabeteskost

TRINKMENGE

- Normal
- Wenig
- Viel

LIEBLINGSSPEISEN / GETRÄNKE _____

Sich kleiden

| | selbständig | mit Unterstützung | mit voller Unterstützung |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ankleiden Oberteil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden Unterhose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden Hose/Rock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden Schuhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auskleiden Oberteil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auskleiden Unterhose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auskleiden Hose/Rock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auskleiden Schuhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ruhen und Schlafen

| | uneingeschränkt | teilweise eingeschränkt | eingeschränkt |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| EINSCHLAFEN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DURCHSCHLAFEN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCHLAFMEDIKATION: _____

WIE OFT STEHT DIE ZU BETREUENDE PERSON JEDE NACHT AUF?

0 1 2 3 4 Mehr

AUS WELCHEM GRUND? _____

WIE OFT MUSS DIE BETREUUNGSKRAFT IN DER NACHT VORAUSSICHTLICH AUFSTEHEN UND HELFEN?

0 1 2 3 4 Mehr

BEI WELCHEN TÄTIGKEITEN? _____

Pflegedienst

NOTRUFSYSTEM ja nein

WIE OFT KOMMT DER PFLEGEDIENST?

_____ mal täglich wöchentlich

FÜR WELCHE TÄTIGKEITEN? _____

WELCHE LEISTUNGEN ERBRINGT DER PFLEGEDIENST?

Behandlungspflege SGB V Pflegesachleistung SGB XI Betreuungsleistungen §45b

TAGESPFLEGE ja nein WIE OFT? _____

Therapien

WIRD BEI DER ZU BETREUENDEN PERSON EINE THERAPIE DURCHFÜHRT?

Logopädie Ergotherapie Krankengymnastik Beschäftigungstherapie

THERAPEUT KOMMT INS HAUS? ja nein

THERAPEUT EXTERN? ja nein

WIE OFT PRO WOCHE? _____

Beschreibung der Unterkunft

DIE ZU BETREUENDE PERSON LEBT

- Großstadt –zentral Großstadt –Vorort Kleinstadt Dorf

WOHNORT DER ZU BETREUENDENPERSON

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Sonstige

EINKAUF WIRD VON DER FAMILIE ERLEDIGT? ja nein

EINKAUFSMÖGLICHKEITEN ZU FUSS (FÜR BETREUUNGSKRAFT):

- 10 Minuten 20 Minuten 30 Minuten Keine

Tätigkeiten für Mitbewohner? ja nein WELCHE? _____

HAUSTIERE ja nein WELCHE? _____

Sollen die Haustiere von der Betreuungskraft versorgt werden? ja nein betrifft nicht

ZIMMERAUSSTATTUNG DER BETREUUNGSKRAFT

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank
 eigenes WC TV Internet Computer

WIE IST DIE FREIZEIT DER BETREUUNGSKRAFT GEREGLT? _____

WER ÜBERNIMMT IN DIESER ZEIT DIE BETREUUNG? _____

GARTEN

- ja nein

FAHRRAD

- ja nein

WIE SIND SIE AUF PROMEDICA PLUS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Pflegedienst Empfehlung Anzeige Krankenhaus
 Arzt Sonstiges _____

Anwesend bei der Erstellung der Anamnese

- Kunde Angehörige Betreuungskraft

Weitere Informationen für Ihre Personnel Care Manager

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / des Bevollmächtigten

Unterschrift PROMEDICA



PROMEDICA PLUS Baden-Baden
Barbara Coudoux & Axel Gebauer GbR
Tel. 0151-746 376 32
baden-baden@promedicaplus.de

PROMEDICA PLUS Lahr
Ralph Röderer
Tel. 0151-746 376 28
lahr@promedicaplus.de

I. WENN DER BETREUUNGSBOGEN VON DER ZU BETREUENDEN PERSON SELBSTUNTERSCHRIEBEN WIRD

Sie haben die Möglichkeit die erteilte Einwilligung per E-Mail an folgende Adresse: datenschutz@promedicaplus.de oder telefonisch unter der Nummer: +49201 49 86 90 25 jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung und Erfüllung von Marketingaufgaben, die aufgrund der Einwilligung bis zu ihrem Widerruf erfolgte.

Einwilligung zur Unterbreitung eines Angebots:

- Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Daten, durch die Gesellschaft Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp. j. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen) zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrags über die Erbringung von Betreuungsleistungen ein. Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum und Unterschrift

Marketing-Einwilligungen

Ich willige ein, von der Gesellschaft Promedica Care Sp. z o.o. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen), Marketing- und Werbeinformationen, zu den Dienstleistungen der Promedica24-Gruppe, Verbraucherbefragungen, Preisausschreiben, Sonderaktionen und Events, die durch die Unternehmen, die der Promedica24-Gruppe angehören, organisiert werden, zu erhalten:

- | | | |
|------------------------|--|--|
| per elektronische Post | <input type="checkbox"/> ja, ich willige ein | <input type="checkbox"/> nein, ich willige nicht ein |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> ja, ich willige ein | <input type="checkbox"/> nein, ich willige nicht ein |

Einwilligung in die Datenweitergabe

ich möchte regelmäßig interessante Angebote über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von mir gegenüber Promedica Care Sp. z. o.o. mit Sitz in Warschau, (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen), angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner zu Beratungszwecken weitergegeben werden habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen. Die oben genannte Angebote möchte ich auf folgenden Kommunikationswegen erhalten:

- | | | |
|-------------|--|--|
| per Email | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |
| per Post | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |

- Ich akzeptiere alle oben genannten Marketing-Zustimmungen

Ort, Datum und Unterschrift

II. WENN DER BETREUUNGSBOGEN VON EINER ANDEREN PERSON (BEVOLLMÄCHTIGER) UNTERSCHRIEBEN WIRD

Sie haben die Möglichkeit die erteilte Einwilligung jederzeit per E-Mail: datenschutz@promedicaplus.de oder telefonisch: +49201 49 86 90 25 zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zu Widerruf vorgenommen wurde.

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten der zu betreuenden Person

- Ich willige in die Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten von (Vor- und Nachname der zu betreuenden Person) durch die Gesellschaft Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.j. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jeruzolimskie 94 (Polen), zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrags über die Erbringung von Betreuungsleistungen ein.

Hiermit erkläre ich, dass ich zur Abgabe der obigen Erklärungen über die Verarbeitung personenbezogener Daten bevollmächtigt bin.

Ort, Datum und Unterschrift

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten des Bevollmächtigten (der Bevollmächtigte gibt seine Kontaktdaten an, die verwendet werden).

- Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Gesellschaft Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.j. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jeruzolimskie 94 (Polen), zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für Betreuungsleistungen und zum Zweck der Realisierung des Vertrags zugunsten der Person, in deren Vollmacht ich handele, ein.

Ort, Datum und Unterschrift

Marketing-Einwilligungen

Ich willige ein, von der Gesellschaft Promedica Care Sp. z o.o. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jeruzolimskie 94 (Polen), Marketing- und Werbeinformationen zu erhalten, die Informationen über die Dienstleistungen der Promedica24-Gruppe, Verbraucherbefragungen, Preisausschreiben, Sonderaktionen und Events, die durch die Unternehmen, die der Promedica24-Gruppe angehören, organisiert werden, enthalten:

- | | | |
|------------------------|--|--|
| per elektronische Post | <input type="checkbox"/> ja, ich willige ein | <input type="checkbox"/> nein, ich willige nicht ein |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> ja, ich willige ein | <input type="checkbox"/> nein, ich willige nicht ein |

Einwilligung in die Datenweitergabe

ich möchte regelmäßig interessante Angebote über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von mir gegenüber Promedica Care Sp. z. o.o. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jeruzolimskie 94 (Polen), angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit Daten an diese Kooperationspartner zu Beratungszwecken weitergegeben werden, habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen. Die oben genannte Angebote möchte ich auf folgenden Kommunikationswegen erhalten:

- | | | |
|-------------|--|--|
| per Email | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |
| telefonisch | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |
| per Post | <input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden | <input type="checkbox"/> ich bin damit nicht einverstanden |

- Ich akzeptiere alle oben genannten Marketing-Zustimmungen

Ort, Datum und Unterschrift

Der Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

Promedica24 EU Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.j. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen) – bei der Erteilung der Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit Ihnen und Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen oder Promedica Care Sp. z o.o. mit Sitz in Warschau (00-807), Al. Jerozolimskie 94 (Polen) – bei Erteilung der Einwilligung zum Erhalt von Marketing- und Werbeinformationen.

- Ausführliche Informationen über den Schutz der personenbezogenen Daten finden Sie unter: www.promedicaplus.de
- Um ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten zu erhalten, kontaktieren Sie bitte den
- Datenschutzbeauftragten per Email an: datenschutz@promedicaplus.de.
- Zugang zu Ihren Daten haben nur unsere Mitarbeiter, Vertreter sowie Unternehmen aus der Promedica24-Gruppe, welche mit unserer Gesellschaft zusammenarbeiten und Wirtschaftsbeteiligte außerhalb der Promedica24-Gruppe, die für uns IT-, Telekommunikations- und Marketing-Dienstleistungen, die unsere Tätigkeit unterstützen, erbringen. Diese Unternehmen werden ausschließlich zu Marketingzwecken für die Promedica 24-Gruppe oder um Ihnen unser Angebot darzulegen Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten haben. Das gilt auch für Unternehmen, die in den von Vereinigten Staaten von Amerika tätig sind und die uns in den Bereichen IT und Telekommunikation unterstützen. Diese Unternehmen sind dem EU-US-Datenschutzschild-Abkommen beigetreten, das durch die Europäische Kommission akzeptiert wurde, was bedeutet, dass sie die personenbezogenen Daten ordnungsgemäß schützen.
- Die Angabe der personenbezogenen Daten ist freiwillig, jedoch für die Erreichung der o.g. Zwecken notwendig.
- Die rechtliche Grundlage für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten ist:
 - Handlungsbedarf vor Abschluss des Vertrags und seine Umsetzung;
 - Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten
 - rechtlich begründetes Interesse der Gesellschaften Promedica Care Sp. z o.o., und Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.j. am Aufbau positiver Beziehungen mit den Kunden und zur Durchführung von Marketingaktivitäten – in Bezug auf die Gesellschaften Promedica24 Care Team Sp. z o.o. Sp.k. Promedica Care Sp. z o.o. und Gesellschaften der Gruppe Promedica24.
- Zugang zu Ihren Daten haben nur unsere Mitarbeiter, Vertreter sowie Unternehmen aus der Promedica24-Gruppe, welche mit unserer Gesellschaft zusammenarbeiten und Wirtschaftsbeteiligte außerhalb der Promedica24-Gruppe, die für uns IT-, Telekommunikations- und Marketing-Dienstleistungen, die unsere Tätigkeit unterstützen, erbringen. Diese Unternehmen werden ausschließlich zu Marketingzwecken für die Promedica 24-Gruppe oder um Ihnen unser Angebot darzulegen Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten haben. Das gilt auch für Unternehmen, die in den von Vereinigten Staaten von Amerika tätig sind und die uns in den Bereichen IT und Telekommunikation unterstützen. Diese Unternehmen sind dem EU-US-Datenschutzschild-Abkommen beigetreten, das durch die Europäische Kommission akzeptiert wurde, was bedeutet, dass sie die personenbezogenen Daten ordnungsgemäß schützen.
- Folgende personenbezogenen Daten werden gespeichert:
 - Daten, die im Zusammenhang mit Maßnahmen zum Abschluss des Vertrags und seiner Umsetzung und Daten, die den Gesundheitszustand betreffen, die auf der Grundlage der Einwilligung verarbeitet werden – nach Auflösung
 - der Ablauf des Vertrags, und auch wenn es zum Abschluss des Vertrags nicht kommt, im Zusammenhang mit dem rechtlich begründeten Interesse der Gesellschaft Promedica24 EU Sp. z o.o. Sp.j., das darin besteht, dass die Daten zum Schutz vor eventuellen Ansprüchen gespeichert bleiben, jedoch nicht länger, als das durch die geltenden Rechtsvorschriften erforderlich ist. Aufbewahrungsfrist für die personenbezogenen Daten betrifft auch die Aufbewahrung von Daten der Kontaktpersonen.
 - Sollte eine der von Ihnen erteilten Marketing-Einwilligungen widerrufen werden, bleiben Ihre personenbezogenen Daten nur so lange gespeichert, wie es die geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf die Verjährung erfordern ist. Als Widerruf Ihrer Einwilligung sehen wir auch das mangelnde Interesse an unserem Angebot an.
- Es stehen Ihnen folgende Rechte zu:
 - das Recht, Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten zu beantragen, ihre Berichtigung, Entfernung oder Einschränkung zu fordern, sowie das Recht Ihre Einwilligung zur Verarbeitung und zur Übertragung der Daten zu widerrufen;
 - das Recht, die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten oder in den Erhalt von Marketing- und Werbeinformationen jederzeit zu widerrufen: per E-Mail an folgende Adresse: datenschutz@promedicaplus.de oder telefonisch unter der Nummer: +49 201 49 86 90 25 oder per Post; der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung und der Erfüllung von Marketingaufgaben, die auf der Grundlage der Einwilligung vor ihrem Widerruf vorgenommen wurden.
 - das Recht, eine Beschwerde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten an den zuständigen Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit einzureichen;
- Ihre Daten werden weder zum Profiling noch zur Vornahme einer automatisierten Entscheidungsfindung verwendet.