

ID:

Betreuungsfragebogen



Lieber Interessent, dieser Fragebogen dient zur Ermittlung Ihrer Bedarfe und der Auswahl einer geeigneten Betreuungskraft. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit zur Beantwortung. Ohne diese Daten können wir Ihnen leider kein adäquates Angebot erstellen. Selbstverständlich sichern wir Ihnen die Vertraulichkeit zu und nur direkt Beteiligte erhalten Einblick. Dazu finden Sie am Ende auch unsere Datenschutzerklärung.

**Anonymisierte Version
für Vertragsdienstleister**

Persönliche Angaben

Beginn der Betreuung _____

Fester Termin

Geplanter Termin

Zu betreuende Person

Name Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Vorname Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Titel Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Straße, Nr. Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Postleitzahl _____

Ort _____

Telefon Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Handynummer Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

E-Mail-Adresse Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Alter _____

Geschlecht _____

Größe in cm _____

Gewicht in kg _____

Lebt eine weitere Person im Haushalt?

ja nein

Wenn ja, muss diese Person ebenfalls betreut werden?

ja nein

Wenn ja, bitte zweiten Fragebogen ausfüllen.

Wer ist MitbewohnerIn? _____

Kontaktperson

Name Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Vorname Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Titel Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Straße, Nr. Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Postleitzahl Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Ort Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Telefon Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Handynummer Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

E-Mail-Adresse Angabe erfolgt erst bei Vertragsschluss

Verwandschaft, bzw. Verhältnis zu der zu betreuenden Person

Ehepartner

Sohn/Tochter

Enkelkind

Gestz. BetreuerIn

Nichte/Neffe

Andere _____

Gesundheitsfragen

Anamnese, bekannte Erkrankungen

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Ang.Pectoris | <input type="checkbox"/> Diabetes1,injektionspfl. |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck,Hypertonie | <input type="checkbox"/> Diabetes2,orale Medik. |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzrhythmie | <input type="checkbox"/> Chronische Diarrhö |
| <input type="checkbox"/> leichte Demenz | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Schlaganfall, Apoplex | <input type="checkbox"/> Maligner Tumor |
| <input type="checkbox"/> Demenz, fortgeschritten | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gehbehinderung | <input type="checkbox"/> COPD |

Sonstige Erkrankungen und ggf. Details zu oben _____

Warnehmungsstörungen und sprachliche Defizite

- | | | | |
|---------------|---|---|---------------------------------------|
| Hören | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Sehen | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Sprechen | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Seh-/Hörhilfe | <input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> Hörgerät/Cochlea Impl. | <input type="checkbox"/> Andere _____ |

Bemerkungen _____

Orientierungsstörungen

- | | | | |
|-------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Gedächtnis | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Örtliche | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Zeitliche | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Persönliche | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Situative | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |
| Tagesablauf | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mittlere | <input type="checkbox"/> schwere |

Bemerkungen _____

Einschränkungen der Beweglichkeit

- | | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| Gehen | <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Stehen | <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Gehilfen/Rollator | <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Hinlegen und Aufstehen | <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Hinsetzen und Aufstehen | <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Umdrehen im Bett | <input type="checkbox"/> Uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |

Bemerkungen

- Vorhandene Hilfsmittel
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stock/Gehilfe | <input type="checkbox"/> Duschhocker | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Wannenaufkletterhilfe | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettenerhöhung | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | |

Sonstige

Aktuelle Therapien

- Befindet sich die zu betreuende Person aktuell in Therapie? ja nein
- Wenn ja, welche? Ergotherapie Logopädie Physiotherapie

Sonstige

Medikamenteneinnahme

- Einnahme erfolgt selbständig beaufsichtigt unselbständig
- durch Pflegedienst

Welche Medikamente werden in welcher Dosierung z.Zt. eingenommen?

Ausscheidung

- | | | | |
|------------------|--|---------------------------------------|---|
| Stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> ja, immer | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein |
| Harninkontinent | <input type="checkbox"/> ja, immer | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Vorlagen | <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Stoma |
| | <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter | <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Sonstige <hr/> |

Bemerkungen

Essen und Trinken

Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> unterernährt	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> dehydriert
Essen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> braucht Unterstützung	
Trinken	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> braucht Unterstützung	
Kauen/Schlucken	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> braucht Unterstützung	
PEG Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Einzuhaltende Diät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche Diät?	_____			
Bermerkungen	_____			

Körperpflege

Duschen/Baden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbständig
Haarewaschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbständig
Waschen im Bett	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbständig
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbständig
Zähneputzen/Prothesenpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbständig
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbständig
Haut, Eincremen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbständig
Nägelschneiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> unselbständig
Bermerkungen	_____		

Schlafgewohnheiten

Schlafenszeit gewöhnlich von _____ Uhr bis _____ Uhr

Durchschlafen gegeben ja nein

Wenn nein, Häufigkeit des Aufstehens einmal zweimal häufiger

Verordnete Schlafmittel ja nein welche? _____

Bermerkungen _____

Beschäftigung und Hobbies

Kann sich selbst beschäftigen selbständig unter Betreuung
Tagesgestaltung selbständig unter Betreuung

Frühere Berufstätigkeit _____

Hobbies und Interessen _____

Außerhalb der Wohnung _____

Gewohnheiten _____

Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Keime oder Krankheiten bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wesenszüge

Wie sind Wesen und Charakter der zu betreuenden Person zu beschreiben?

RaucherIn ja nein

AlkoholikerIn ja nein

Betreuungs- und Pflegeaufwand

Angaben zum Pflegebedarf

Vorhandener Pflegegrad

kein 1 2 3 4 5

Beantragter Pflegegrad

kein 1 2 3 4 5

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst im Einsatz?

ja nein

Welche Tätigkeiten führt der Pflegedienst aus, wie oft und um welchen Pflegedienst handelt es sich?

Wird eine Tagespflege in Anspruch genommen?

ja nein

An welchen Tagen?

Welche Krankenkasse ist zuständig?

Wer ist der Hausarzt?

Welche hauswirtschaftlichen Leistungen werden bereits jetzt in Anspruch genommen und wie oft, z.B. Putzfrau?

Welche Tätigkeiten soll die Betreuungskraft ausführen?

Einkaufen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Putzen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Kochen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Abwaschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Bügeln	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Grundpflege	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht

Auto fahren	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Ausflüge machen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Zimmerpflanzen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Spazieren gehen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Arztbegleitung	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht
Haustier versorgen, welches?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht

Welche weitere Unterstützung wird gewünscht?

Wohnumfeld

Wohnort

- Großstadt, Zentrum Großstadt, Vorort Kleinstadt Dorf ländlich

Art

- Mehrfamilienhaus Wohnung Einfamilienhaus Sonstiges

Gesamtwohnfläche ca. in m² _____

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in:

- bis 15 Min. bis 30 Min. über 30 Min.

Erledigung von schweren Einkäufen, z.B. Getränkekästen

- Familie Lieferdienst Sonstiges: _____

Bemerkungen

Zimmer der Betreuungskraft, Minimum Bett, Tisch und Schrank!

- Eigenes Bad Bett Tisch Kleiderschrank
 TV Radio Internet/WLAN Computer
 Stuhl

Bemerkungen _____

Telefonnutzung der Betreuungskraft im Haushalt

- Festnetz bis 10,- EUR/Monat Countryflat Internet/Skype Sonstiges _____

Bemerkungen _____

Anforderungsprofil der Betreuungskraft

Nationalität egal polnisch rumänisch
 andere _____

Geschlecht egal Frau Mann

**Sprachniveau-
Deutsch** egal mittleres gutes
 geringes

Führerschein egal nein ja

Bemerkungen _____

Alterswunsch egal 20-30 40-50
 30-40 50+

RaucherIn egal, aber bitte nur draußen rauchen
 ja, weil Raucherhaushalt nein

Bemerkungen _____

Was wünschen Sie sich von Ihrer Betreuungskraft, was ist Ihnen noch wichtig?

Wie sind Sie auf die Reibetanz Pflegevermittlung aufmerksam geworden?

- Internet Familie/Bekannte Zeitungsanzeige
- Krankenhaus, welches _____
- Arzt, welcher _____
- Pflegedienst, welcher _____
- Sonstiges _____

Datenschutzerklärung/Einverständnis/Vertragsverhältnis

- Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung der von mir oben gegebenen, personenbezogenen Daten durch die Reibetanz Pflegevermittlung zum Zweck der Vermittlung einer Betreuungsdienstleistung ein. Eine Datenerhebung, bzw. Datenweiterverarbeitung ist nur gestattet, wenn Sie diesen Betreuungsfragebogen ausgedruckt und eigenhändig unterschrieben haben. Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie können sie jederzeit einsehen, ändern oder löschen.
Ich willige ausdrücklich ein, dass meine Daten zur Erstellung eines Betreuungsangebotes auch an Vertragspartner der Reibetanz Pflegevermittlung weitergegeben werden dürfen. Hier insbesondere an europäische Entsendeagenturen, bei denen die Betreuungskräfte unter Vertrag stehen. Anders ist eine Angebotserstellung nicht möglich.
Bei gesetzl. Vertretung: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich in Vollmacht der zu betreuenden Person handele. Die vollständige Datenschutzerklärung finden Sie auf den folgenden Seiten.
- Ich bestätige weiterhin, dass ich obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.
- Ich erkläre ausdrücklich mein Einverständnis, dass mit dem Ausfüllen und Unterschreiben dieses Betreuungsfragebogens zu diesem Zeitpunkt keinerlei Vertragsverhältnis mit der Reibetanz Pflegevermittlung entsteht und daher auch keine gegenseitigen Forderungen begründet werden können.

Hier keine Kundenunterschrift

Original Patientendaten liegen vor. Für die Richtigkeit der obigen Angaben:

Ort, Datum und Unterschrift (Mitarbeiter Reibetanz-Pflegevermittlung)

Ihren Fragebogen senden Sie bitte per Post an: Reibetanz Pflegevermittlung
Heymesstraße 32
D-30539 Hannover

Per Telefax: 0511-32 12 73

Per E-Mail: anfrage@reibetanz-pflegevermittlung.de, aber nur, wenn Sie das Dokument per Passwort schützen!

Oder geben Sie ihn einfach Ihrem persönlichen Berater der Reibetanz Pflegevermittlung.

Datenschutzhinweise für Interessenten, Kunden und andere Betroffene

Die Reibetanz-Pflegevermittlung nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst.

Mit den folgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht geben. Welche Daten im Einzelnen verarbeitet und in welcher Weise genutzt werden, richtet sich maßgeblich nach den gewünschten bzw. vereinbarten Dienstleistungen.

Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften sowie dieser Datenschutzerklärung. Wenn Sie dieses Formular ausfüllen, werden verschiedene personenbezogene Daten erhoben. Personenbezogene Daten sind Daten, mit denen Sie persönlich identifiziert werden können. Die vorliegende Datenschutzerklärung erläutert, welche Daten wir erheben und wofür wir sie nutzen. Sie erläutert auch, wie und zu welchem Zweck das geschieht. Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet (z.B. bei der Kommunikation per E-Mail) Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.

Die verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist:

Thomas Reibetanz, Heymesstrasse 32, 30539 Hannover, Telefon: +49 511 321296, E-Mail: info@reibetanz-pflegevermittlung.de

Welche Daten nutzen wir?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von unseren Kunden oder anderen Betroffenen erhalten. Zudem verarbeiten wir - soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich - personenbezogene Daten, die uns von anderen Unternehmen oder von sonstigen Dritten (z.B. Vertriebspartnern) berechtigt übermittelt werden. Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (z.B. Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag etc.) Darüber hinaus können dies auch Auftragsdaten, Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen, Informationen über Ihre gesundheitliche Situation sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein.

Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung)

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

- a. zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten (Art. 6 Abs.1 b DSGVO)
Die Verarbeitung von Daten erfolgt zur Erbringung und Vermittlung von Betreuungsleistungen im Rahmen der Durchführung unserer Verträge mit unseren Kunden oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage hin erfolgen. Die Zwecke der Datenverarbeitung richten sich in erster Linie nach dem konkreten Produkt (z.B. sog. 24h Betreuung und Pflege) und können unter anderem Bedarfsanalysen, Beratung etc. umfassen.
- b. im Rahmen der Interessenabwägung (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO)
Soweit erforderlich, verarbeiten wir Ihre Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Z.B. Prüfung und Optimierung von Verfahren zur Bedarfsanalyse zwecks direkter Kundenansprache, Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten, Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs, Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, Maßnahmen zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten.
- c. aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 a DSGVO)
Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z.B. Weitergabe von Daten an europäische Personaldienstleister, Newsletterversand) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf einer Einwilligung wirkt erst für die Zukunft und berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.
- d. aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs.1c DSGVO) oder im öffentlichen Interesse (Art. 6 Abs. 1 e DSGVO)

Wer bekommt meine Daten?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zu den in der Datenschutzerklärung angegebenen Zwecken. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, dies ist erforderlich, um die Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu gewährleisten. Wir sind verpflichtet, Ihre Daten zu löschen, sobald sie für die Erfüllung unserer Pflichten nicht mehr erforderlich sind.

Kontaktieren Sie uns für weitere Informationen

Sie erreichen uns telefonisch unter der Telefonnummer 0511 32 12 96 oder per E-Mail unter info@reibetanz-pflegevermittlung.de. Wir freuen uns, Ihre Fragen zu beantworten.

Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Wir verarbeiten und speichern Ihre personenbezogenen Daten solange dies für die Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erforderlich ist. Dabei ist zu beachten, dass unsere Geschäftsbeziehung ein Dauerschuldverhältnis ist, welches auf Jahre angelegt ist. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht, es sei denn, deren - befristete - Weiterverarbeitung ist erforderlich zu folgenden Zwecken:

- Erfüllung handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten, die sich z.B. ergeben können aus: Handelsgesetzbuch (HGB), Abgabenordnung (AO) und Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen in der Regel zwei bis zehn Jahre.
- Erhaltung von Beweismitteln im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften. Nach den §§ 195 ff des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) können diese Verjährungsfristen bis zu 30 Jahre betragen, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist 3 Jahre beträgt.

Welche Datenschutzrechte habe ich?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschrrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. § 19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

Gibt es für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Aufnahme, Durchführung und Beendigung einer Geschäftsbeziehung und zur Erfüllung der damit verbundenen vertraglichen Pflichten erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel nicht in der Lage sein, einen Vertrag mit Ihnen zu schließen, diesen auszuführen und zu beenden.

Informationen über Ihr Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO

Einzelfallbezogenes Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling im Sinne von Artikel 4 Nr. 4 DSGVO.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende berechtigte Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Widerspruchsrecht gegen eine Verarbeitung von Daten für Zwecke der Direktwerbung

In Einzelfällen verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um Direktwerbung zu betreiben. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Direktwerbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten.

Empfänger eines Widerspruchs

Der Widerspruch kann formfrei mit dem Betreff „Widerspruch“ unter Angabe Ihres Namens, Ihrer Adresse und Ihres Geburtsdatums erfolgen und sollte gerichtet werden an:

Reibetanz Pflegevermittlung
Thomas Reibetanz
Heymesstrasse 32, 30539 Hannover

Tel. +49 511 321296 Fax +49 511 321273

Mail: widerspruch@reibetanz-pflegevermittlung.de