



*Betreuungs-
fragebogen*

Dieser sehr ausführliche Betreuungsfragebogen ist ein wichtiger Bestandteil für die Auswahl der geeigneten Pflege- und Betreuungskräfte. Nehmen Sie sich ein wenig Zeit und versuchen Sie, die Fragen und Angaben so genau wie möglich zu beantworten. Je genauer und ausführlicher die Informationen sind, umso besser wird die ausgesuchte Betreuungskraft passen. Alle Daten werden absolut vertraulich behandelt. Sie gehen keine vertragliche Bindung damit ein.

Dieses Formular können Sie online ausfüllen oder ausdrucken und es uns per E-mail zusenden. Bei Fragen sind wir unter Telefon 07161 156860, per Telefax unter 07161 15686-29 oder per E-mail: info@schwabenpflege24.de erreichbar.

Diese Seite wird nur intern verwendet und nicht weitergegeben. Ihre Anfrage wird anonymisiert bearbeitet.

Bitte gut lesbar in Großbuchstaben ausfüllen

1. Angaben zum Auftraggeber (gleichzeitig Kontaktperson)

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

Telefax _____

E-mail _____

Verwandtschaftsgrad mit der zu betreuenden Person _____

2. Angaben zum Leistungsempfänger

Corona-Impfstatus des Leistungsempfängers _____

Name, Vorname _____

PLZ, Ort _____

Straße _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Größe _____

Gewicht _____

Mobil _____

Telefax _____

E-mail _____

Wenn eine zweite Person zu betreuen sein sollte, bitte einen weiteren Betreuungsfragebogen ausfüllen.

Die Seiten 2 bis 10 werden anonymisiert zur Personalsuche weitergegeben.

Anonymisiertes Kennzeichen und Datum der Anfrage: _____

Wohnt die zu betreuende Person alleine? ☐ ja ☐ nein mit wem? _____

Für diese Person wird auch die Dienstleistung erbracht ☐ ja ☐ nein

Grundpflege ist auch notwendig ☐

3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

beantragt ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Pflegekasse _____ Versicherungs-Nr. _____

Ambulanter Pflegedienst _____

kommt wie oft für die Tätigkeiten _____

kommt weiterhin ☐ ja ☐ nein

Name und Adresse Hausarzt _____

Folgende Krankheitsbilder liegen vor

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ ansteckende Krankheit | ☐ Diabetes | ☐ Kognitive Einschränkungen |
| ☐ Allergie | ☐ Durchfälle chronisch | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Alzheimer | ☐ Gehschwäche altersbedingt | ☐ multiple Sklerose |
| ☐ Asthma | ☐ Herzinfarkt | ☐ Osteoporose |
| ☐ Demenz, beginnend | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Parkinson |
| ☐ Demenz, mittlere/ fortg. | ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Rheuma |
| ☐ Depression | ☐ Hypertonie | ☐ Schlaganfall re/li |
| ☐ Dekubitus | ☐ Inkontinenz | ☐ Stoma |

Sonstige Infos

Kommunikation

	gut	eingeschränkt	schlecht
Sprechen	☐	☐	☐
Hören	☐	☐	☐
Sehen	☐	☐	☐
Hilfsmittel	☐ Brille	☐ Hörgerät	☐ Sonstiges

Orientierung

	gut	eingeschränkt	schlecht
Ort	☐	☐	☐
Zeit	☐	☐	☐
Personen	☐	☐	☐

Information _____

Bewegung

	gut	eingeschränkt	schlecht
Stehen	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐

Beschreiben Sie bitte, wie der Patient sich bewegt

Transfer

- | | |
|---|---|
| ☐ Transfer ist nicht notwendig | ☐ Patient hilft nicht mit |
| ☐ Patient benötigt Unterstützung | ☐ Patient muss gehoben werden |
| ☐ Patient hilft aktiv mit | ☐ Transfer nur mit Patientenlift möglich |

Hinweise _____

Hilfsmittel

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Aufstehlift | ☐ Nachtstuhl | ☐ Rollstuhl |
| ☐ Badewannenlift | ☐ Pflegebett | ☐ Stock |
| ☐ Dekubitusmatratze | ☐ Rollator | ☐ Toilettenstuhl |
| ☐ Treppenlift | ☐ Treppensteigergerät | |

Sonstiges _____

Kleidung

	selbst	eingeschränkt	schlecht
Ankleiden	☐	☐	☐
Auskleiden	☐	☐	☐
Kleidung muss ausgesucht werden	☐ ja	☐ nein	

Allgemeine Fragen

	ja	nein
Ist die zu betreuende Person bettlägrig?	☐	☐
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	☐	☐
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	☐	☐
Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?	☐	☐
Muss die zu betreuende Person in der Nacht überwacht werden?	☐	☐
Leiden im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten?	☐	☐

Wenn ja: Wer und welche Krankheit?

Körperpflege

	selbst	hilft mit	hilft nicht mit
Baden / Duschen	☐	☐	☐
Wird nicht gebadet/geduscht		☐	
Haarpflege	☐	☐	☐
Gesichtspflege	☐	☐	☐
Mundpflege / Zahnpflege	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐
Intimpflege	☐	☐	☐
Oberkörper	☐	☐	☐
Beine und Gesäß	☐	☐	☐

Ausscheidungen

	ja	gelegentlich	nein
Urininkontinenz	☐	☐	☐
Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐

Hilfsmittel

	ja	nein
Vorlagen	☐	☐
Windeln	☐	☐
Urinflasche	☐	☐
Blasenkatheter	☐	☐
Suprapubischer Katheter	☐	☐

Essen, Trinken, Schluck- und Kaustörungen

	gut	eingeschränkt	schlecht
Essen	☐	☐	☐
Trinken	☐	☐	☐
Kauen	☐	☐	☐
Schlucken	☐	☐	☐
PEG Sonde	☐ ja	☐ nein	

Ernährung

Zustand

Normal	☐
Unterernährt	☐
Fettleibig	☐
Entwässert	☐
Information	

Diät

Normal	☐
Vollwert	☐
Diabeteskost	☐

Trinken

Normal	☐
Wenig	☐
Viel	☐

Zum Trinken erinnern ☐

Tagesrhythmus

Aufstehen ca. _____ Uhr

Mittagsschlaf ca. von _____ bis _____ Uhr

Zubettgehen ca. _____ Uhr

Demenz

Wichtig zu wissen in der Betreuung und im Umgang mit der zu pflegenden Person!

- ☐ Aggressivität _____
- ☐ Angstzustände
- ☐ Apathie
- ☐ Gestörter Tag-/ Nacht-Rhythmus
- ☐ Körperpflege wird zugelassen
- ☐ Starke Unruhe
- ☐ Weglauftendenz _____
- ☐ Hilfebedürftige Person benötigt eine direkte Ansprache
- ☐ Hilfebedürftige Person will in Ruhe gelassen werden

Aktuelle Therapien

Krankengymnastik ☐ Logopädie ☐ Ergotherapie ☐

Hobbies und Interessen

Haushalt und mehr

Wo liegt der Haushalt?

Großstadt zentral ☐ Kleinstadt ☐ Einfamilienhaus ☐ Wohnung ☐

Großstadt abgelegen ☐ Dorf/Land ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Hof, Alleinlage ☐

Fläche im Haushalt ca. _____ Garten ja ☐ nein ☐

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß _____

Haustiere nein ☐ ja ☐ _____

Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft

	ja	nein
TV	☐	☐
Internet	☐	☐
Extra Bad	☐	☐
Eigene Toilette	☐	☐
Eigener Wohnbereich	☐	☐
Balkon / Terrasse	☐	☐

Weitere Informationen _____

Freizeitausgleich für das Betreuungs- und Pflegepersonal

Es ist sehr wichtig, dass die Betreuungskraft ausruhen und abschalten kann. Nur wer gut regeneriert, kann auf Dauer gut pflegen und betreuen. Dies wird bei der Anreise mit der Betreuungskraft besprochen und festgelegt. Bitte beachten: Pro Woche steht der Betreuungskraft 1 Tag Freizeit zur Verfügung.

Geht der Patient in die Tagespflege? ja ☐ nein ☐

Wird der Patient zuhause stundenweise betreut? ja ☐ nein ☐

An welchem Tag(en) von wann bis wann? _____

Angaben zur Betreuungskraft

Alter 20 - 35 ☐ 36 - 50 ☐ älter als 50 ☐ egal ☐

Frau ☐ Mann ☐ egal ☐

Gewünschter Corona-Impfstatus der Betreuungskraft _____

Gewünschter Beginn _____ Gewünschte Dauer _____

Aufgaben der Betreuungskraft

Kochen	☐	Bügeln	☐	Wohnumfeld putzen	☐
Einkaufen	☐	Spazieren gehen	☐	Arztbesuche	☐
Wäsche waschen	☐	Ausflüge machen	☐	Pflanzen gießen	☐
Körperpflege	☐	Transfer	☐		

Information

Sprachkenntnisse

bitte beachten Sie, dass die Sprachkenntnisse der Betreuungskräfte aus Osteuropa nicht mit unseren Sprachkenntnissen in Deutschland vergleichbar sind.

- ☐ **Bronze** Einfaches Deutsch, Kommunikation in einzelnen Worten. Die Betreuungskraft verfügt über einen sehr einfachen Wortschatz aus den Bereichen Alltag, Betreuung und Pflege. Hilfsmittel (Wörterbuch, Übersetzungsapp) werden ständig genutzt.
- ☐ **Silber** Mittleres Deutsch, Kommunikation ist in Worten/nicht immer in ganzen Sätzen möglich. Die Betreuungskraft kann sich so verständigen, dass ein einfaches Gespräch ohne größere Anstrengung in kurzen Sätzen auf beiden Seiten möglich ist. Sie verfügt über einen erweiterten Wortschatz aus den Bereichen Alltag, Betreuung und Pflege. Hilfsmittel (Wörterbuch, Übersetzungsapp) werden hin und wieder genutzt.
- ☐ **Gold** Gutes Deutsch, Kommunikation ist in guten Sätzen möglich. Die Betreuungskraft meistert die Alltagssituationen und Gespräche und zeigt einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache. Sie verfügt über einen umfangreichen Wortschatz aus den Bereichen Alltag, Betreuung und Pflege. Hilfsmittel (Wörterbuch, Übersetzungsapp) werden kaum genutzt.
- ☐ **Platin** Sehr gutes Deutsch, Kommunikation ist in sehr guten Sätzen möglich. Die Betreuungskraft meistert die Alltagssituationen und Gespräche sehr gut und zeigt einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache. Sie verfügt über einen umfangreichen Wortschatz in allen Bereichen.

Was ist Ihnen an der Betreuung wichtig?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Information der betroffenen Personen (Interessenten/(Angehörige/Bevollmächtigte/gerichtlich bestellter Vertreter) bei Direkterhebung (Art. 13 DS-GVO)

Verantwortlicher

Schwabenpflege_24, Michael und Thomas Fitz, Hirschplatz 3, 73035 Göppingen, Telefon 07161 15686-0, info@schwabenpflege24.de, www.schwabenpflege24.de

Gesetzlicher Vertreter

Michael Fitz

Datenschutzbeauftragter

Michael Fitz

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit

Zwecke der Verarbeitungstätigkeit: Datenerfassung zur Vermittlung der geeigneten Pflegeform

Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit

Die Verarbeitung ist für die Erfüllung eines Vertrags oder einer vorvertraglichen Maßnahme gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b DS-GVO erforderlich. Eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO liegt vor. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DS-GVO werden erfüllt.

Kategorien von Empfängern

Sonstige Empfänger (Personalagenturen für Pflege- und Betreuungskräfte, Pflegedienste- und Heime.)

Datentransfer in ein Drittland

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.

Zusätzliche Informationspflichten: Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

10 Jahre (AO) (Löschung nach 10 Jahren. Aufbewahrungsfrist gem. § 147 AO für steuerlich relevante Unterlagen.) Vertragsbetreuungsfrist (Kontakt- und Gesundheitsdaten werden während der Vertragsdauer gespeichert, um jederzeit eine Neuvermittlung zu ermöglichen.)

Rechte der betroffenen Person

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO). Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten.

Beschwerderecht

Sie haben ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Sie sind nicht zur Bereitstellung der Daten verpflichtet.

Automatisierte Entscheidungsfindung

Es erfolgt keine automatisierte Entscheidungsfindung bzw. Profiling.

Einverständnis zu eigenen Marketingzwecken

Ja, ich möchte regelmäßig interessante Angebote per Post und E-Mail über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von meiner Seite gegenüber der Schwabenpflege_24 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 weitergegeben werden, damit diese die Daten mir gegenüber zu Beratungszwecken verwenden können, habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen.

☐ Ich bin damit einverstanden

☐ Ich bin nicht damit einverstanden

Unterschrift _____

Kunde bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Vertragsschluss nicht von der Erteilung dieser Einwilligung abhängt. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der Schwabenpflege_24, Michael und Thomas Fitz, formlos widerrufen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gemachten persönlichen Angaben an den Schwabenpflege_24 Kundenservice weitergeleitet und dazu verwendet werden, mich per E-Mail oder telefonisch zu Zwecken eines Beratungsgespräches zu kontaktieren. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Ich erhalte jederzeit Auskunft und Zugang zu den von mir hinterlegten Daten und kann diese jederzeit ändern oder löschen lassen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten ausschließlich zum Zwecke der Vermittlung einer Betreuungskraft einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich an die Schwabenpflege_24, Michael und Thomas Fitz, Hirschplatz 3, 73035 Göppingen zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht. Die Informationen entsprechend Artikel 13 DS-GVO habe ich erhalten.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehöriger) _____

Unterschrift Schwabenpflege_24 _____