



*Betreuungs-
fragebogen*



Titel ☐ Frau ☐ Herr

Vorname Nachname

Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefonnummer Mobilnummer

E-Mail

Beziehung zur betreuten Person:

☐ Sohn ☐ zu betr. Person ☐ Bruder ☐ Schwiegersohn ☐ Enkel/in
☐ Tochter ☐ Ehepartner/in ☐ Schwester ☐ Schwiegertochter ☐ gesetzl. Betreuer

Zu betreuende Person:

Titel ☐ Frau ☐ Herr

Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefonnummer Mobilnummer Größe Gewicht

Krankenkasse Versichertennummer

Pflegegrad:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keiner ☐ Ersteinstufung beantragt

Höherstufung beantragt:

☐ ja ☐ nein

Weitere Person im Haushalt:

☐ ja ☐ nein (wenn ja, bitte separaten Anamnesebogen ausfüllen)

Hauptgrund für Betreuung:

Gewünschte Betreuung: ☐ sofort ab (Datum): ☐ Datum

Erste Anamnese: ☐ ja ☐ nein

Erfasst durch

Erfassungsdatum



KÖRPERLICH

Nervensystem

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| ☐ Alzheimer | ☐ Demenz | ☐ Polyneuropathie |
| ☐ ALS | ☐ Parkinson | ☐ Andere |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Epilepsie | |

Herz-Kreislauf-System

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Schlaganfall | ☐ Herzinsuffizienz |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Herz-OP | ☐ Andere |
| ☐ niedriger Blutdruck | ☐ Herzrhythmusstörung | |

Magen-Darm-Trakt

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Morbus Crohn | ☐ Diabetes | ☐ Niereninsuffizienz |
| ☐ Dialyse | ☐ Gastrostoma | ☐ Andere |
| ☐ Diabetes mit Insulinversorgung | ☐ Chronischer Durchfall | |

Bewegungsapparat

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Arthritis | ☐ Rheuma | ☐ Osteoporose |
| ☐ Arthrose | ☐ Gehschwäche | ☐ Andere |

Atemwege

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Asthma | ☐ COPD | ☐ Andere |
| ☐ Tracheostoma | ☐ Beatmung | |

Ansteckende Krankheiten

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Sonstiges

- | | |
|------------------------------------|--------------------|
| ☐ Dekubitus | an welcher Stelle? |
| ☐ Krebs | Diagnose: |

Größe (cm)

☐ Palliativversorgung

Weitere Informationen



NUR Erinnerung an
Medikamenteneinnahme

☐

ja

☐

nein

GEISTIG

	gut	teilweise eingeschränkt	nicht möglich	Beschreibung
Erinnerungsvermögen	☐	☐	☐	
Personenbezogene Orientierung	☐	☐	☐	
Örtliche Orientierung	☐	☐	☐	
Situative Orientierung	☐	☐	☐	
Zeitliche Orientierung	☐	☐	☐	

Mentaler Zustand

☐ aggressiv	☐ ängstlich	☐ anspruchsvoll	☐ apathisch	☐ aufgeschlossen	☐ bestimmend
☐ cholerisch	☐ depressiv	☐ freundlich	☐ gereizt	☐ innere Unruhe	☐ instabil
☐ launisch	☐ skeptisch	☐ teilnahmslos	☐ vergesslich	☐ Weglauftendenz	

Weitere Informationen (Hobby, Interessen, Hoffnung, soziale Integration, Glauben, Isolation, Schmerzen, Ängste, etc.)



KOMMUNIKATION



SCHWABENPFLEGE.24
Am liebsten zuhause

Kann Bedürfnisse des Alltag mitteilen: ☐ ja ☐ nein

Dialekt:

Weitere Sprache(n):

	gut	teilweise eingeschränkt	nicht möglich	Beschreibung
Sprechen	☐	☐	☐	
Hören	☐	☐	☐	
Sehen	☐	☐	☐	

Weitere Informationen



INKONTINENZ

☐ Urostoma ☐ Darmstoma ☐ Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz
☐ Windeln ☐ Einlagen ☐ Anzahl der Wechsel pro Tag (circa)

Eigenständig	Unterstützung	Unfähig	Beschreibung
☐	☐	☐	

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Toilettenstuhl ☐ Urinflasche ☐ Bettpfanne



MOBILITÄT

	Eigenständig	Unterstützung	nicht möglich	Beschreibung
Sitzen	☐	☐	☐	
Stehen	☐	☐	☐	
Gehen	☐	☐	☐	
Aufstehen / Sitzen im Stuhl	☐	☐	☐	
Treppensteigen	☐	☐	☐	
Umbetten / Umsetzen	☐	☐	☐	
Bewegung im Bett	☐	☐	☐	
Bettlägerig ☐ ja ☐ nein		Sturzrisiko ☐ ja ☐ nein		

Beschreibung Sturzrisiko

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Rollator ☐ Badlifter ☐ Bettlifter ☐ Gehstock ☐ Anti-Dekubitus Matratze
☐ Pflegebett ☐ Rollstuhl ☐ Treppenlifter



HYGIENE

	Eigenständig	Unterstützung	nicht möglich	Beschreibung
Duschen / Baden	☐	☐	☐	
Mundhygiene / Prothesenpflege	☐	☐	☐	
Rasieren	☐	☐	☐	
Nagel- / Fußpflege	☐	☐	☐	
Haarpflege	☐	☐	☐	
Waschen am Waschbecken	☐	☐	☐	
Waschen im Bett	☐	☐	☐	
An- / Auskleiden	☐	☐	☐	
Auswahl der Kleidung	☐	☐	☐	

Vorhandene Hilfsmittel

☐ Duschhocker ☐ Duschstuhl ☐ Handgriffe ☐ Wannenlift

Weitere Informationen



ESSEN UND TRINKEN

	Eigenständig	Unterstützung	nicht möglich	Beschreibung
Vorbereitung der Mahlzeiten	☐	☐	☐	
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	
Trinken	☐	☐	☐	

Allergien / Unverträglichkeiten

☐ ja ☐ nein

Klassifikation / Ernährungsstatus

☐ Normal ☐ Untergewicht ☐ Übergewicht ☐ starkes Übergewicht

	ja	nein
Diät / Ernährungsplan	☐	☐
Kau- / Schluckbeschwerden	☐	☐
PEG Sonde	☐	☐

Vorlieben / Abneigungen



TAGESSTRUKTUR

Schlafrhythmus	☐ ja	von		Uhr	bis		Uhr
Aufwecken	☐ ja		☐ nein	um			Uhr
Zubettbringen	☐ ja		☐ nein	um			Uhr
Schlafstörungen	☐ ja		☐ nein	Beschreibung			

Nachteinsätze

☐ > 2	☐ 1-2 pro Nacht	☐ nein	☐ selten	Beschreibung
------------------------------	--	-------------------------------	---------------------------------	--------------

Medikamente zum Einschlafen

☐ ja	☐ nein	Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	--------------

Hilferuf durch:

☐ Klingel	☐ Babyphone	☐ Hausnotruf / Telefon
----------------------------------	------------------------------------	---

Tagesablauf

Morgen (zwischen 6:00 - 10:00 Uhr)

Vormittag (zwischen 10:00 - 12:00 Uhr)

Mittag (zwischen 12:00 - 14:00 Uhr)

Nachmittag (zwischen 14:00 - 18:00 Uhr)

Abend (zwischen 18:00 - 22:00 Uhr)

Nacht (zwischen 22:00 - 06:00 Uhr)



EXTERNE DIENSTLEISTUNGEN

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| ☐ Angehörige | ☐ Ergotherapeut | ☐ Podologe / Med. Fußpflege | ☐ Reinigungsservice |
| ☐ Nachtpflege | ☐ Tagespflege | ☐ Nachbarschaftshilfe | ☐ Physiotherapeut |
| ☐ Pflegedienst | ☐ Andere | | |

Welche externe Dienstleistungen werden weitergeführt?

Welche Tätigkeiten werden von wem übernommen und wie häufig?

Pflegedienst

☐ ja ☐ nein (Wenn ja, Kontaktdaten)

Name Agentur

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt

☐ ja ☐ nein (Wenn ja, Kontaktdaten)

Name Praxis

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail



WUNSCH-ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSPERSON

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ egal

Führerschein

☐ ja ☐ nein

Deutschkenntnisse

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

☐ **BRONZE**
Die Betreuungskraft verfügt über eine **ganz einfache deutsche Sprache**. Sie versteht und spricht Wörter bzw. einfache kurze Sätze (2-Wort-Satz, z.B. „Du essen“). Hilfsmittel (Wörterbuch, Übersetzungsapp) müssen ständig genutzt werden, um zu verstehen oder zu sprechen.

☐ **SILBER**
Die Betreuungskraft verfügt über eine **mittlere deutsche Sprache**, die im Alltag die Kommunikation mit kurzen Sätzen sicherstellt (3-Wort-Satz, z.B. „Ich gehe einkaufen“ oder „Wir essen heute Nudeln“), hin und wieder werden Hilfsmittel (Wörterbuch, Übersetzungsapp) genutzt. Sie kann nicht „plaudern“, also nicht über spontane Dinge frei sprechen und Sachverhalte schlüssig erläutern.



WUNSCH-ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSPERSON

☐ **GOLD**

Die Betreuungskraft verfügt über eine **gute Deutsche Sprache**, die im Alltag und beim Plaudern die Kommunikation sicherstellt. Sie versteht und spricht deutsch in vollständigen Sätzen (4 bis 6 Wörter lang) ganz selten werden Hilfsmittel (Wörterbuch, Übersetzungsapp) noch genutzt. Sie kann Unterhaltungen, die deutsche Muttersprachler führen, folgen und sich weitestgehend beteiligen. Sie konjugiert manche Verben, sie kann Adjektive nutzen, sie hat ein gutes Vokabular. Schreiben und Lesen ist mit Einschränkungen möglich.

☐ **PLATIN**

Die Betreuungskraft verfügt über eine **sehr gute Deutsche Sprache**, die in jeder Hinsicht die Kommunikation sicherstellt. Sie versteht und spricht deutsch in vollständigen Sätzen von beliebiger Länge. Es werden keinerlei Hilfsmittel (Wörterbuch, Übersetzungsapp) genutzt. Sie kann Unterhaltungen, die deutsche Muttersprachler führen, sehr gut folgen und sich wortreich beteiligen. Sie konjugiert Verben, sie nutzt Adjektive, sie hat ein umfassendes Vokabular. Sie kann auch Ironie verstehen, sie kann zutreffend die deutsche Sprache nuancieren. Schreiben und Lesen ist auch möglich, i.d.R. aber nicht auf dem Niveau von Sprechen / Hören.

Beachten Sie bitte bei allen Sprachkategorien, dass es sich um erlernte Sprachfähigkeiten eines Ausländers handelt. Beachten Sie bitte ebenfalls, dass die jeweiligen sprachlichen Kompetenzen einer Betreuungskraft in großem Maße von ihrer Persönlichkeit und Erfahrung abhängig sind.

Sonstige Wunsch-Anforderungen an die Betreuungsperson



ZUHAUSE

☐ Einfamilienhaus	☐ Wohnung	☐ Wohnfläche	m ²	davon zu reinigen:	m ²
Aufzug vorhanden	☐ ja	☐ nein	Internet vorhanden	☐ ja	☐ nein
Separates Bad	☐ ja	☐ nein	Separate Wohnung	☐ ja	☐ nein
Umgebung	☐ ländlich	☐ städtisch	Nächste Einkaufsmöglichkeit erreichbar in	Minuten	

Fahrzeug / e

☐ PKW	Modell	☐ Automatik	☐ Gangschaltung
☐ Fahrrad	☐ E-Bike	☐ Zugang zu öffentlichen Transportmitteln	

Freizeitregelung der Betreuungskraft (tägl. mind. 2 Stunden)

☐ 1 Tag / Woche	☐ 2 Tage / Woche	☐ 2 halbe Tage / Woche
☐ nicht vereinbart	☐ mehrere Std. / tägl.	

Wie wird die Betreuung während der Freizeit der Betreuungskraft überbrückt?

Haustier(e)

☐ Katze	☐ großer Hund	☐ kleiner Hund	☐ Vogel
--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Weitere Informationen zum Haustier

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

VERANTWORTLICHER:

Schwabenpflege_24, Michael und Thomas Fitz GbR, Hirschplatz 3, 73035 Göppingen,
Tel. +49 (0)7 1 61 / 15 68 6 0, info@schwabenpflege24.de, www.schwabenpflege24.de

GESETZLICHER VERTRETER:

Michael und Thomas Fitz

DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER:

Nicht erforderlich

ANGABEN ZUR VERARBEITUNGSTÄTIGKEIT:

Zweck 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.

KATEGORIE VON EMPFÄNGERN:

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

DATENTRANSFER IN EIN DRITTLAND:

Damit wir unsere Leistungen erbringen können, bedienen wir uns der Unterstützung von Diensteanbietern aus dem europäischen Raum als auch aus Drittstaaten. Um den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten auch im Fall der Datenübermittlung in ein Drittland sicherzustellen, schließen wir mit jedem der sorgfältig ausgewählten Diensteanbieter spezielle Auftragsverarbeitungsverträge. Alle von uns genutzten Diensteanbieter verfügen über hinreichende Nachweise, dass Sie die Datensicherheit über geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherstellen. Unsere Diensteanbieter aus Drittländern befinden sich entweder in Ländern, die über ein von der EU-Kommission anerkanntes, angemessenes Datenschutzniveau verfügen (Art. 45 DSGVO) oder haben geeignete Garantien vorgesehen (Art. 46 DSGVO). 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 damit nicht 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 Thoms Fitz GbR 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 von 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 GbR, 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 DSGVO habe ich erhalten.

[Formular absenden](#)

Ort, Datum: _____

Unterschrift (Leistungsempfänger, Kontaktperson): _____

Unterschrift Schwabenpflege_24: _____