



*Betreuungs-
fragebogen*

FRAGEBOGEN SEITE 1

Dieser ausführliche Betreuungsfragebogen ist ein wichtiger Bestandteil für die Auswahl der geeigneten Pflege- und Betreuungskräfte. Nehmen Sie sich ein wenig Zeit und versuchen Sie, die folgenden Fragen/Angaben so genau wie möglich zu beantworten. Je genauer und ausführlicher die Informationen sind, umso besser wird die vorgeschlagene Betreuungskraft passen. Alle von Ihnen genannten Daten werden absolut vertraulich behandelt.

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

1. ANGABEN ZUM AUFTRAGGEBER (GLEICHZEITIG KONTAKTPERSON)

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person _____

2. ANGABEN ZUM LEISTUNGSEMPFÄNGER

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Größe _____

Gewicht _____

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

FRAGEBOGEN SEITE 2

Die Seiten 2 bis 10 werden **anonymisiert** zur Personalsuche weitergegeben.

Anonymisiertes Kennzeichen und Datum der Anfrage:

WIEVIELE PERSONEN LEBEN IM HAUSHALT? (FÜR JEDE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON BITTE EINEN BOGEN AUSFÜLLEN)

Die Person lebt alleine, eine weitere Person lebt nicht im Haushalt.

Die Person lebt mit einer weiteren Person im Haushalt.

Die weitere Person ist nicht hilfsbedürftig. (Einfache hauswirtschaftliche Dinge werden für beide Personen erbracht)

Die Person lebt mit einer weiteren Person im Haushalt.

Die weitere Person ist auch hilfsbedürftig. (Für die zweite hilfsbedürftige Person wird auch ein Fragebogen benötigt)

ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Pflegegrad	keinen	1	2	3	4	5
	beantragt	1	2	3	4	5

Krankenkasse

Pflegeversicherung und Vers. Nr.:

Ambulanter Pflegedienst:

kommt wie oft für welche Tätigkeiten?

kommt weiterhin ja nein

Behandlungspflege nach SGB V muss immer vom ambulanten Pflegedienst oder ärztlicherseits erbracht werden.

Name und Ort des Hausarztes:

KRANKHEITEN / GESUNDHEITSUMSTÄNDE

ALS	Dekubitus	Kognitive Einschränkungen
Akuter Knochenbruch	Demenz (beginnend)	Krebserkrankung
Alkoholiker/in	Demenz (mittel / fortgeschritten)	Maculardegeneration
Allergien	Depression	Multiple Sklerose
Altersbedingte Gehschwäche	Diabetes Typ I	Niereninsuffizienz
Alzheimer	Diabetes Typ II	Osteoporose
Amputation	Epilepsie	Parkinson
Ansteckende Krankheiten	Gürtelrose	Polyneuropathie
Arthrose	Herzinfarkt	Prothesen
Asthma	Herzinsuffizienz	Rheuma
Bettlägerigkeit	Herzrhythmusstörungen	Schlaganfall links
Chronische Durchfälle	Hypertonie	Schlaganfall rechts
	Infektionskrankheiten	Schwindelanfälle

Krankheiten Notiz

FRAGEBOGEN SEITE 3

PFLEGEHILFSMITTEL

Aufzug	Duschstuhl/-sitz	Pflegebett	Toilettensitzerhöhung
Badewannenlift/-sitz	Funkklingel	Rollator	Transferlifter
Bodenebene Dusche	Klingelmatte	Rollstuhl	Treppenlift
Dekubitusmatratze	Nachtstuhl	Stock	Unterarmgehilfe

Pflegehilfsmittel - Notiz: _____

KÖRPERLICHER ALLGEMEINZUSTAND

	gut	eingeschränkt	schlecht			
Sehkraft						
Hörvermögen						
Sprache						
PEG	ja	nein				
Essen						
Trinken						
Kauen						
Schlucken						
An- und Auskleiden	gut		schlecht			
Kleidung muss ausgesucht werden	ja	nein				
Raucher*in	ja	nein				
Bettlägrig	ja	nein				
Lagerung notwendig	ja	nein				
Erschwernisse	ja	nein	Erschwernisgrad	1	2	3
Feste Schlafenszeiten	ja	nein	Uhrzeit ca. von - bis	_____	_____	
Mittagsschlaf	Uhrzeit ca. von - bis	_____	_____			

Weitere Informationen: _____

FRAGEBOGEN SEITE 4

MOBILITÄT

	gut	eingeschränkt	schlecht	nicht täglich			
Stehen					Sturzgefahr	selten	regelmäßig
Gehen					Transfer notwendig	ja	nein
Aufstehen					Mithilfe Patient	hilft mit	hilft nicht mit
Treppensteigen							

Mobilität - Notiz: _____

VERHALTENSWEISEN UND NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

	gut	eingeschränkt	schlecht
Zeitliche Orientierungsprobleme			
Örtliche Orientierungsprobleme			
Personenbezogene Orientierungsprobleme			
Verhaltensweisen oder neurologische Erkrankungen:			
Angstzustände		Aggressivität	
Gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus		Apathie	
Weglauftendenz		Starke Unruhe	
Hilfsbedürftige Person benötigt direkte Ansprache		Körperpflege wird zugelassen	
		Hilfsbedürftige Person will in Ruhe gelassen werden	

Verhaltensweisen oder neurologische Erkrankungen - Notiz: _____

INKONTINENZ

	ja	nein
Inkontinenzversorgung		
Inkontinenz - Art	Harn	Stuhl
Hilfsmittel:		Windel / Wickel
Vorlagen		Katheter (Harn)
Stoma		Höschen

Inkontinenz - Notiz: _____

FRAGEBOGEN SEITE 5

KÖRPERHYGIENE

	selbstständig	unter Anleitung	hilft mit	hilft nicht mit
Baden / Duschen				
Waschen am Waschbecken				
Haarpflege				
Hände waschen				
Gesichtspflege				
Mundpflege / Zahnpflege				
Rasieren				
Intimpflege				
Oberkörper waschen				
Beine und Gesäß waschen				
Waschen im Bett		ja	nein	
Körperhygiene - Notiz:	_____			

AKTUELLE THERAPIEN

	Keine	Ergotherapie	Krankengymnastik	Logopädie	Sonstiges
Therapien - Notiz:	_____				

HOBBYS

FRAGEBOGEN SEITE 6

LAGE / WOHSITUATION PFLEGEKRAFT

Lage

Stadt	Kleinstadt	abgelegen
Stadttrand	Dorf	ländlich

Allgemeine Wohnsituation

Einfamilienhaus	Wohnung	(Bauern-) Hof, Alleinlage	Garten
Mehrfamilienhaus	Reihenhaus	Haustiere:	_____

Besuch Häufigkeit

sporadisch	selten	wöchentlich	täglich
------------	--------	-------------	---------

Besuche - Hinweis: _____

Wohnsituation Pflegekraft

Auto (Automatik)	Eigenes Bad	Internet	Tisch
Auto (Schalter)	Eigenes WC	Radio	TV
Balkon / Terrasse	Externe Wohnung	Schlafcouch	Zimmer (eins)
Bett	Fahrrad	Schrank	Zimmer (mehrere)
Dachgeschoss	Gemeinschaftl. Bad	Souterrain	

Wohnsituation Pflegekraft - Notiz:

ANBINDUNG / EINKAUFSMÖGLICHKEITEN / INFRASTRUKTUR

Anbindung / Einkaufsmöglichkeiten / Infrastruktur - Notiz:

FRAGEBOGEN SEITE 7

HAUSNOTRUFSYSTEM

Hausnotruf vorhanden nicht vorhanden

Hausnotrufsystem - Notiz: _____

FREIZEIT AUSGLEICH FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Es ist wichtig, dass die Betreuungskraft auch ausruhen und abschalten kann. Denn nur wer gut regeneriert, kann auf Dauer gut pflegen und betreuen. Bitte beachten Sie: pro Woche steht/stehen der Betreuungskraft 1 Tag oder 2 halbe Tage Freizeit zur Verfügung, die Lage ist variabel, bitte sprechen Sie sich diesbezüglich direkt ab. Die Arbeitszeit pro Woche ist längstens 40 Stunden und setzt sich aus der tatsächlichen Arbeit und Bereitschaftszeit zusammen.

Geht der Patient in die Tagespflege? ja nein

Wird der Patient zuhause stundenweise betreut? ja nein

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

Und von wem? _____

WÜNSCHE ZUR BETREUUNGSKRAFT

Alter	<input type="checkbox"/> 20 - 35	<input type="checkbox"/> 36 - 50	<input type="checkbox"/> älter als 50	<input type="checkbox"/> egal
	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal	

Notizen:

FRAGEBOGEN SEITE 8

BEGINN UND DAUER

gewünschter Beginn:

gewünschte Dauer:

AUFGABEN DER BETREUUNGSKRAFT IM HAUSHALT

kochen

bügeln

Wohnumfeld putzen

Haustiere versorgen

einkaufen

spazieren gehen

Arztbesuche

Wäsche waschen

Ausflüge machen

Pflanzen gießen

Informationen:

SPRACHKENNTNISSE

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.

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.

Was ist Ihnen an der Betreuung wichtig?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

FRAGEBOGEN SEITE 9

Information der betroffenen Personen (Interessenten/(Angehörigen/Bevollmächtigte/gerichtlich bestellter Vertreter) bei Direkterhebung (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 Dienstleistern 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 Dienstleister spezielle Auftragsverarbeitungsverträge. Alle von uns genutzten Dienstleister verfügen über hinreichende Nachweise, dass Sie die Datensicherheit über geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherstellen. Unsere Dienstleister 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.

FRAGEBOGEN SEITE 10

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 _____ 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 _____ formlos widerrufen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gemachten persönlichen Angaben an den _____ 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 _____ 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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift (Leistungsempfänger, Kontaktperson): _____

Unterschrift Schwabenpflege_24: _____