

## Fragebogen Seite 1

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 folgenden Fragen / Angaben so genau wie möglich zu beantworten. Je genauer und ausführlicher die Informationen sind, umso besser wird die ausgesuchte Betreuungskraft passen.

Alle von Ihnen genannten 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 968140, per Telefax unter 07161 968141 oder

E-mail an: [info@schwabenpflege24.de](mailto: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 \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad mit der zu betreuenden Person \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zum Leistungsempfänger

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Plz, Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Wenn eine zweite Person zu betreuen 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:

wohnt die zu betreuende Person alleine?  ja  nein mit wem?

### 3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad keine  1  2  3  4  5   
beantragt  1  2  3  4  5

Ambulanter Pflegedienst:

kommt wie oft für die Tätigkeiten:

kommt weiterhin  ja  nein

Adresse des Hausarzt:

### Folgende Krankheitsbilder liegen vor:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie          | <input type="checkbox"/> Durchfälle chronisch      | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose     |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Gehschwäche altersbedingt | <input type="checkbox"/> Osteoporose           |
| <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Parkinson             |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz          | <input type="checkbox"/> Rheuma                |
| <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen     | <input type="checkbox"/> Schlaganfall re / li  |
| <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Hypertonie                | <input type="checkbox"/> Stoma                 |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus         | <input type="checkbox"/> Inkontinenz               | <input type="checkbox"/> Tracheostoma          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung           | <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheit |

Sonstige Infos

### Kommunikation

	gut	teilweise	schlecht
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Sonstiges

## Fragebogen Seite 3

### Orientierung

	gut	teilweise	schlecht
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information:	<input type="text"/>		

### Bewegung

	gut	teilweise	schlecht
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschreiben Sie bitte, wie der Patient sich bewegt:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

### Transfer:

<input type="checkbox"/> Transfer ist nicht notwendig	<input type="checkbox"/> Patient muss gehoben werden
<input type="checkbox"/> Patient benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> Transfer nur mit Patientenlift möglich
<input type="checkbox"/> Patient hilft aktiv mit	<input type="checkbox"/> Hinweise: _____
<input type="checkbox"/> Patient hilft nicht mit	

### Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Aufstehlifter	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Stock
<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Treppenlift		

### Kleidung:

	gut	teilweise	schlecht
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung muss ausgesucht werden		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Fragebogen Seite 4

### Allgemeine Fragen

	ja	nein
Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss die zu betreuende Person in der Nacht überwacht werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wer  
und welche  
Krankheit?


### Körperpflege

	selbst	hilft mit	hilft nicht mit
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine und Gesäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragebogen Seite 5

### Urin- Stuhlkontrolle und Hilfsmittel

	ja	gelegentlich	nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hilfsmittel

	ja	nein
Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Essen, Trinken, Schluck- und Kaustörungen

	gut	teilweise	schlecht
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

### Ernährung

#### Zustand

Normal	<input type="checkbox"/>
Unterernährt	<input type="checkbox"/>
Fettleibig	<input type="checkbox"/>
Entwässert	<input type="checkbox"/>

#### Diät

Normal	<input type="checkbox"/>
Vollwert	<input type="checkbox"/>
Diabeteskost	<input type="checkbox"/>

#### Trinken

Normal	<input type="checkbox"/>
Wenig	<input type="checkbox"/>
Viel	<input type="checkbox"/>

Information:


## Fragebogen Seite 6

### Schlafen, Schlafstörungen und Schlafmittel

	ja	gelegentlich	nein
Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafmittel:


Wie oft steht der Patient in der Nacht auf und warum?


Patient steht alleine in der Nacht auf.

ja  nein

Zu Bett gehen ca. \_\_\_\_\_ Uhr    Aufstehen ca. \_\_\_\_\_ Uhr    Mittagsschlaf ca. von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

### Demenz

Es ist wichtig zu wissen in der Betreuung und Umgang mit der zu pflegenden Person:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aggressivität: _____                                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Angstzustände   | <input type="checkbox"/> Apathie   |  |
| <input type="checkbox"/> Gestörter Tag-/ Nacht-Rhythmus                        | <input type="checkbox"/> Starke Unruhe                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Weglauftendenz _____                                  | <input type="checkbox"/> Körperpflege wird zugelassen                        |  |
| <input type="checkbox"/> Hilfebedürftige Person braucht eine direkte Ansprache | <input type="checkbox"/> Hilfebedürftige Person will in Ruhe gelassen werden |  |

### Aktuelle Therapien

Krankengymnastik     Logopädie     Ergotherapie

### Hobbies und Interessen


### Wesenszüge, die den Patienten beschreiben

- |                                    |                                     |                                     |                                     |  |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> geduldig   | <input type="checkbox"/> umgänglich | <input type="checkbox"/> offen      | <input type="checkbox"/> lieb          |
| <input type="checkbox"/> störrisch | <input type="checkbox"/> bestimmend | <input type="checkbox"/> fordernd   | <input type="checkbox"/> bescheiden | <input type="checkbox"/> zurückhaltend |

## Fragebogen Seite 7

### Haushalt und mehr

Wo liegt der Haushalt?

Großstadt Zentral  Kleinstadt  Einfamilienhaus  Wohnung   
 Großstadt abgelegen  Dorf/Land  Mehrfamilienhaus  Einwohner ca.

Fläche im Haushalt ca.  Fläche im Garten ca.

Wieviele Personen wohnen im Haushalt?  Wer wohnt mit?

Leben Tiere mit?

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:  nächster Busbahnhof:

Soll auch für die im Haushalt lebende/n Person/en die hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden? ja   
nein

### Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft

Bett  TV  steht eine Internetverbindung zur Verfügung? ja   
 Kleiderschrank  Internet  nein   
 Tisch  extra Bad  steht eine Telefonflat ins Ausland zur Verfügung? ja   
 Radio  PC  Information: nein

Gewünschter Freizeitausgleich für das Betreuungs- und Pflegepersonal:

Es ist sehr wichtig, dass die Betreuungskraft ausruhen und abschalten kann. Denn nur wer gut regeneriert, kann auf Dauer gut pflegen und betreuen.

2 halbe Tage in der Woche  Ein freier Tag in der Woche

### Angaben zur Betreuungskraft

Alter 20 - 35  36 - 50  älter als 50  egal

Frau  Mann  egal

Deutschkenntnisse gut  mittel  kein Deutsch notwendig

Führerschein erforderlich?

Information

gewünschter Beginn:

gewünschte Dauer:

Von wem kann die Betreuungskraft abgeholt werden?

## Fragebogen Seite 8

### Aufgaben der Betreuungskraft

- |                |                          |                 |                          |                   |                          |            |                          |
|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| kochen         | <input type="checkbox"/> | bügeln          | <input type="checkbox"/> | Wohnumfeld putzen | <input type="checkbox"/> | Autofahren | <input type="checkbox"/> |
| einkaufen      | <input type="checkbox"/> | spazieren gehen | <input type="checkbox"/> | Arztbesuche       | <input type="checkbox"/> |            |                          |
| Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> | Ausflüge machen | <input type="checkbox"/> | Pflanzen gießen   | <input type="checkbox"/> |            |                          |

Information:

### Sprachkenntnisse:

- Kein Deutsch (nonverbale Kommunikation)
- Mittleres Deutsch (Kommunikation ist in einfachen Wörtern / nicht immer in Sätzen möglich)
- Gutes Deutsch (Kommunikation ist in mittleren/guten Sätzen möglich)

### Was ist Ihnen an der Betreuung wichtig?

  
  

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?



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

Verantwortlicher:

Schwabenpflege\_24, Michael und Thomas Fitz, Kanzenbühl 26, 73117 Wangen, Telefon 07161 968140, info@schwabenpflege24.de, www.schwabenpflege24.de

Gesetzlicher Vertreter:

Michael Fitz

Datenschutzbeauftragter: nicht erforderlich

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 Email 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 Ihrer Daten ist freiwillig. Sie erhalten jederzeit Auskunft und Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können 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, Kanzenbühl 26, 73117 Wangen 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: \_\_\_\_\_