



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. Wir sind erreichbar per E-Mail: info@medica24-donau-iller.de oder telefonisch unter +49 (0) 171 33 83 106.

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

[zurücksetzen](#)

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 („LE“)

Impfstatus des LE: _____

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Größe _____

Gewicht _____

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:

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. (Einfache hauswirtschaftliche Dinge und Unterstützung bei der Grundpflege werden für beide Personen erbracht)

ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Pflegegrad keinen 1 2 3 4 5

beantragt 1 2 3 4 5

Pflegeversicherung und Vers. Nr.:

Ambulanter Pflegedienst:

kommt wie oft für welche Tätigkeiten?

kommt weiterhin ja nein

(Behandlungspflege nach SGB V muss immer von einem ambulanten Pflegedienst oder ärztlicherseits erbracht werden)

Name und Ort des Hausarztes:

FOLGENDE KRANKHEITSBILDER LIEGEN VOR

Allergie

Diabetes

Kognitive Einschränkungen

ansteckende Krankheit

Durchfälle chronisch

Krebserkrankung

Alzheimer

Gehschwäche

multiple Sklerose

Asthma

Herzinfarkt

Osteoporose

Dekubitus

Herzinsuffizienz

Parkinson

beginnende, leichte Demenz

Herzrhythmusstörungen

Rheuma

mittlere / fort. Demenz

Hypertonie

Schlaganfall re / li

Depression

Inkontinenz

Stoma

sonstige

Infos

FRAGEBOGEN SEITE 3

KOMMUNIKATION

	gut	eingeschränkt	schlecht
Sprechen			
Hören			
Sehen			
Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	Sonstiges: _____

ORIENTIERUNG

	gut	eingeschränkt	schlecht
Ort			
Zeit			
Person			
Information			

BEWEGUNG

	gut	eingeschränkt	schlecht
Stehen			
Gehen			
Treppensteigen			
Beschreiben Sie bitte, wie der Patient sich bewegt:			

TRANSFER (GEMEINT IST DAS AUFSTEHEN / UMSETZEN VON STUHL UND BETT)

Transfer ist nicht notwendig	Patient muss gehoben werden
Patient benötigt leichte Unterstützung	Transfer mit Transferlift möglich
Patient hilft aktiv mit	Hinweis: _____
Patient hilft nicht mit	_____

HILFSMITTEL

Aufzug im Haus	Dekubitusmatratze	Rollator	Transferlifter
Badewannenlift/-sitz	Nachtstuhl	Rollstuhl	Treppenlift
bodenebene Dusche	Pflegebett	Stock	
Sonstiges: _____			

FRAGEBOGEN SEITE 4

KLEIDUNG

	selbst	eingeschränkt	schlecht
Ankleiden			
Auskleiden			
Kleidung muss ausgesucht werden		ja	nein

ALLGEMEINE FRAGEN ZUR AKTUELLEN SITUATION

	ja	nein
Ist die zu betreuende Person bettlägerig?		
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?		
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?		
Muss die zu betreuende Person in der Nacht aktiv 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			
Waschen am Waschbecken			
Haarpflege			
Hände waschen			
Gesichtspflege			
Mundpflege / Zahnpflege			
Rasieren			
Intimpflege			
Oberkörper			
Beine und Gesäß			

FRAGEBOGEN SEITE 5

AUSSCHIEDUNGEN

	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	DIÄT	TRINKEN
Normal	Normal	Normal
Unterernährt	Vollwert	Wenig
Fettleibig	Diabeteskost	Viel
Entwässert		zum Trinken erinnern

Informationen:

FRAGEBOGEN SEITE 6

TAGESRHYTHMUS

1) Aufstehen

ca. _____ Uhr

2) Mittagsschlaf

ca. von _____ bis _____ Uhr

3) Zu Bett gehen

ca. _____ Uhr

NUR BEI DEMENZ

WICHTIG ZU WISSEN IN DER BETREUUNG UND DEM UMGANG MIT DER ZU PFLEGENDEN PERSON IST:

Aggressivität: _____

Angstzustände

Gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus

Weglauftendenz

Hilfsbedürftige Person benötigt eine direkte Ansprache

Apathie

Starke Unruhe

Körperpflege wird zugelassen

Hilfsbedürftige Person will in Ruhe gelassen werden

AKTUELLE THERAPIE

Krankengymnastik

Logopädie

Ergotherapie

HOBBIES UND INTERESSEN



FRAGEBOGEN SEITE 7

HAUSHALT UND MEHR

Großstadt zentral	Kleinstadt	Einfamilienhaus	Wohnung
Großstadt abgelegen	Dorf/Land	Mehrfamilienhaus	(Bauern-) Hof,
Fläche im Haushalt ca.		Garten	Alleinlage
Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:		ja	nein
		Haustier?	

AUSSTATTUNG DES ZIMMERS DER BETREUUNGSKRAFT

	ja	nein		ja	nein
TV			eigener Wohnbereich		
Internet			eigene Toilette / oder Bad		
			Balkon/Terrasse		
Informationen:					

FREIZEIT AUSGLEICH FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Es ist wichtig, dass die Betreuungskraft ausruhen und abschalten kann. Denn nur wer gut regeneriert, kann auf Dauer gut pflegen und betreuen. Dies wird bei der Anreise mit der Betreuungskraft besprochen und festgelegt. Bitte beachten Sie: pro Woche steht der Betreuungskraft 1 Tag 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? _____

WÜNSCHE ZUR BETREUUNGSKRAFT

Alter	20 - 35	36 - 50	älter als 50	egal
	Frau	Mann	egal	

Gewünschter Impfstatus der Betreuungskraft: _____



FRAGEBOGEN SEITE 8

BEGINN UND DAUER

gewünschter Beginn:

gewünschte Dauer:

AUFGABEN DER BETREUUNGSKRAFT IM HAUSHALT

kochen

bügeln

Wohnumfeld putzen

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 Direktenerhebung (Art. 13 DS-GVO)

VERANTWORTLICHER:

Medica24 Donau-Iller, Stefan Bäuerle, Birkenweg 5 , 89340 Leipheim,
Mobil: +49 (0) 171 33 83 106, info@medica24-donau-iller.de, www.medica24-donau-iller.de

GESETZLICHER VERTRETER:

Stefan Bäuerle

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 Dienst Anbietern 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 Dienstanbieter spezielle Auftragsverarbeitungsverträge. Alle von uns genutzten Dienstanbieter verfügen über hinreichende Nachweise, dass Sie die Datensicherheit über geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherstellen. Unsere Dienstanbieter 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 Medica24 Donau-Iller 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 Medica24 Donau-Iller, Stefan Bäuerle formlos widerrufen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gemachten persönlichen Angaben an den Medica24 Donau-Iller 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 Medica24 Donau-Iller, Stefan Bäuerle, Birkenweg 5, 89340 Leipheim 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 Medica24 Donau-Iller: _____