

# FRAGEBOGEN

## ZUR ERMITTLUNG DES LEISTUNGSUMFANGS

Pro Person bitte einen Fragebogen, gut lesbar ausfüllen.

### 1.0 KONTAKDATEN

#### 1.1 KONTAKTPERSON / GESETZLICHER VERTRETER(IN)

Arbeitgeber / Förderverein:

Name  Vorname

Straße

PLZ  Ort

Tel. Nr.  weiteres Tel. oder Fax

Mobil Nr.  E-Mail

Verwandtschaftsgrad zwischen der Kontaktperson und der zu betreuenden Person:

Zusatz / sonstiges:

#### 1.2 ZUR BETREUENDEN PERSON

Name  Vorname

Straße

PLZ  Ort

Tel. Nr.  weiteres Tel. oder Fax

Mobil Nr.  E-Mail

Vertragspartner

Rechnungsempfänger

#### 1.3 PERSÖNLICHE ANGABEN ZUR BETREUENDEN PERSON

Geb.Jahr oder Alter:  Größe:  Gewicht:

verheiratet  ja  nein

alleinstehend  ja  nein

verwitwet  ja  nein

wohnt die Person alleine  ja  nein

Falls nein,  
wie viele Personen leben im Haushalt:

Wer wohnt noch im Haushalt:

## 2.0 PFLEGE

### 2.1 PFLEGESTUFE DER ZU BETREUENDEN PERSON

ja            nein

Wenn ja, welche:

Beantragt:

Pflegegrad 1

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Pflegegrad 5

Anmerkung:

### 2.2 PFLEGEDIENSTLICHE BETREUUNG

Verpflegung durch Pflegedienst:

ja            nein            nein, zusätzlich angedacht

Welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst?

Wobei soll der Pflegedienst unterstützt werden?

## 3.0 BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND DIAGNOSEN

### 3.1 KÖRPERLICH BEEINTRÄCHTIGUNG

Altersbedingte Sehschwäche

Schlaganfall

beginnende Alzheimer

Altersbedingte Gehschwäche

Osteoporose

fortgeschrittene Alzheimer

Altersbedingte Hörschwäche

Rheuma

leichte Depression

Diabetes

Wassereinlagerung /Ödeme

schwere Depression

Allergien

Wundliegen / Dekubitus

Inkontinenz

Asthma / Atembeschwerden

Thrombose

Stoma

Herzrhythmusstörung

Niereninsuffizienz Lähmung

Multiple Sklerose

Herzinsuffizienz

Beeinträchtigung

Tumor / Krebs

Herzinfarkt

Parkinson

Ansteckende Krankheiten

niedriger Blutdruck

beginnende Demenz

hoher Blutdruck

fortgeschrittene Demenz

Anmerkung / andere Diagnosen:

### 3.2 PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Kurzzeitgedächtnis schwach      Anmerkung / andere Diagnosen:  
Langzeitgedächtnis schwach  
kooperativ  
aggressiv  
verzerrte Wahrnehmung  
Halluzinationen  
Wahnvorstellungen  
Zwangsgedanken  
Zwangshandlungen  
Alkoholmissbrauch  
Medikamentenmissbrauch

### 4.0 EINNAHME VON MEDIKAMENTEN

#### 4.1 FÜR KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN / DIAGNOSEN

Wie müssen diese Medikamente eingenommen werden:

Wichtige Hinweise zu diesen Medikamenten:

Soll die Einnahme der Medikamente kontrolliert werden

ja      nein

Wer übernimmt hierfür die Einweisung:

Medikamente für:

#### 4.2 FÜR PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN / DIAGNOSEN:

Wie müssen diese Medikamente eingenommen werden:

Wichtige Hinweise zu diesen Medikamenten:

Soll die Einnahme der Medikamente kontrolliert werden

ja      nein

Wer übernimmt hierfür die Einweisung:

Medikamente für:

## 5.0 KOMMUNIKATION & MOBILITÄT

### 5.1 AUDIO- UND VISUELLE KOMMUNIKATION

keine  
Beeinträchtigungen:

**Sehkraft:** keine leicht schwere

Brille: ja nein

**Sprache:** keine leicht schwere

**Hörvermögen:** keine leicht schwere

Hörgerät: ja nein

Anmerkung / Hilfsmittel:

### 5.2 BEWEGUNG & MOBILITÄT

keine Beeinträchtigungen

benötigte Unterstützung

Bettlägerig

Pflegebett

Anmerkung / Hilfsmittel:

Bei Transferstätigkeit (Bett/Rollstuhl) bitte den Transfer beschreiben

### 5.3 BEWEGUNG UND BEFÖRDERUNG MIT HILFS- MITTEL

Selbstständig ohne Hilfsmittel

Anmerkung / Hilfsmittel:

	Selbstständig	mit Unterstützung	mit voller Unterstützung
Treppensteigen			
Treppenlifter			
Rollstuhl			
Gehstützen/Krücken			
Rollator			

### 5.4 ORIENTIERUNG

Zeitlich uneingeschränkt      Zeitlich teilweise      Zeitlich schwer bis überwiegend

Örtlich uneingeschränkt      Örtlich teilweise      Örtlich schwer bis überwiegend

Personenerkennung  
uneingeschränkt      Pers. teilweise      Pers. schwer bis überwiegend

Anmerkung / Hilfsmittel:

## 6.0 KÖRPERPFLEGE & ERNÄHRUNG

### 6.1 KÖRPERPFLEGE

	Selbstständig	mit Unterstützung	mit voller Unterstützung	Anmerkung / Hilfsmittel:
Bartrasur				
Zahnpflege/Zahnprothese				
Haare kämmen/waschen				
Körperpflege allgemein				
Intimpflege				
Fußpflege				
Eincremen				
Baden/Duschen				
Bekleidungswechsel				
Bad behindertengerecht	Badelift	Duschhocker		

### 6.2 NAHRUNGSMITTEL- UND GETRÄNKEAUFNAHME

	Selbstständig	mit Unterstützung	mit voller Unterstützung	Spezielle Diät notwendig Art der Diät:
Nahrungsmittel:				
Getränke:				

### 6.3 KAU- / SCHLUCKSTÖRUNGEN

keine Störung Art der Störung:

Anmerkung / Hilfsmittel:

---

## 7.0 KÖRPERKONTROLLE

### 7.1 URINKONTROLLE

Selbstständig/Kontinent  
teilweise inkontinent  
inkontinent  
Windeln wechseln  
Bettunterlagen wechseln  
Urinflasche  
Katheter  
Bettpfanne

### 7.2 STUHLKONTROLLE

Selbstständig/Kontinent  
teilweise inkontinent  
inkontinent  
Windeln wechseln  
Anus Praeter  
Bettpfanne

### 7.3 EIN- / DURCHSCHLAFEN

Ohne Störungen  
Einschlafen schwierig  
Durchschlafen schwierig  
Schlaf-/Wachrhythmus gestört  
Schlafwandel  
Nächtliches aufstehen  
Nächtliche Betreuung notwendig  
    Art der Unterstützung:  
Werden Schlafmittel benötigt  
Nächtliche Unruhe ggf. durch Angst  
Starker Harndrang

---

## 8.0 AKTUELLE THERAPIEN:

keine          Physiotherapie

Anderweitige Therapien:

Pro Woche:

Pro Monat:

## 9.0 ALLGEMEINES ZUR BETREUENDEN PERSON

### 9.1 CHARAKTEREIGENSCHAFTEN

agil	schweigsam
akkurat	selbstständig
ausgeglichen	offen
cholerisch	sorgfältig
distanziert	humorvoll
fürsorglich	zurückhaltend
kommunikativ	starrköpfig

### 9.2 EIGENE KURZE BESCHREIBUNG:

### 9.3 VORLIEBEN

(Hobbys, Gewohnheiten, Rituale etc.)

## 10.0 HAUSTIERE

ja      nein

Art und Umfang der Haustierversorgung:

wenn ja, welche/s Tier/e:

wie viele:

Versorgung der Haustiere erwünscht:

ja      nein      teilweise

## 11.0 DIE HAUSHALTS- UND BETREUUNGSHILFE

### 11.1 ANFORDERUNG AN DIE PERSON

<b>Geschlecht:</b>	weiblich	männlich	nicht relevant		
<b>Alter:</b>	20-30 Jahre	30-40 Jahre	40-50 Jahre	nicht relevant	
<b>Sprach- kenntnisse:</b>	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schwach
<b>Sonstige Anforderung:</b>	Führerschein erforderlich	Rauchen erlaubt	Nichtraucher		
<b>Nachteinsätze erforderlich:</b>	keine	selten	regelmäßige Nachteinsätze	wie oft pro Woche:	

Beschreibung zur Art des Nachteinsatzes:

Wie wird auf einen Nachteinsatz aufmerksam gemacht:

## 11.2 TÄTIGKEITSFELD

	Ja, täglich/ regelmäßig	nach Bedarf	nein
Einkäufe			
Mahlzeiten- und Getränkezubereitung			
Waschen			
Bügeln und Wäscheverarbeitung			
Reinigung der Wohnräume			
Pflanzenpflege			
leichte Gartenarbeiten (Angabe qm)			
leichte Arbeiten vor dem Haus			
leichte Arbeiten an Gemeinschaftsflächen			
Räumarbeiten im Winter			
Begleitung bei Arzt-/ Therapeutenbesuchen			
Sind weitere Haushaltshilfen vor Ort			
Wenn ja, wie oft:			

Anmerkung / Weitere Unterstützungen notwendig:

## 11.3 WOHNRAUM & UMGEBUNG

<b>Lage des Wohnraumes:</b>	Stadtmitte	Stadttrand	Kleinstadt	Dorf
<b>Wohnsituation:</b>	Einfam.-Haus	Mehrfam.-Haus	Wohnung	
	Stockwerke	Zimmeranzahl	qm	
<b>Fußläufig erreichbar:</b>	Einkaufsmöglichkeiten	Apotheken	Ärzte	
<b>Angehörige erreichbar:</b>	im selben Wohnraum	im selben Ort	nicht in der Nähe	

#### 11.4 WOHNRAUM AUSSTATTUNG FÜR DIE HAUSHALTS- UND BE- TREUUNGSKRAFT (M/W)

Bett  
Schrank  
Tisch  
eigenes WC  
eigenes Bad mit Dusche  
Radio  
Fernseher  
Computer  
Internet

#### 11.5 FREIZEITMÖGLICHKEITEN IN DER NÄHE

(fußläufig erreichbar)  
für die Haushalts- und Betreuungskraft  
(m/w)

Cafe  
Restaurant  
Schwimmbad  
Freibad / See  
Wald & Geh-,  
Wanderwege

#### 11.6 FORTBEWEGUNGSMITTEL IN DER NÄHE

(fußläufig erreichbar)

S-Bahn  
U-Bahn  
Bahnhof  
Busbahnhof  
Ist ein Fahrrad zur  
Nutzung vorhanden

Anmerkung:

Sonstiges:

Anmerkung:

#### 11.7 EINSATZDAUER DER HAUSHALTS- UND BETREUUNGSKRAFT (M/W)

An welchen Tagen in der Woche?

Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.

2 bis 4 Monate

bis 6 Monate

Dauerhaft

Beginn des Einsatzes:

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig:

## 12.0 NOTFALL LISTE

WER IST IM NOTFALL IN DIREKTER NÄHE ERREICHBAR

WIE ZU ERREICHEN

WEITERE NOTFALLNUMMER

PFLEGEDIENST

HAUSARZT

NOTRUF

POLIZEI

FEUERWEHR

## 13.0 HINWEIS:

Alle Fragen und Angaben in dieser Unterlage wurden mit größter Sorgfalt und so vollständig wie möglich zusammengestellt. Gleichwohl kann das Vorhandensein von Fehlern nicht ausgeschlossen werden.

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben übernimmt die Betreuungsagentur Beck daher keine Gewähr. Die Angabe der personenbezogenen Daten in diesen Unterlagen dienen der Information und der Möglichkeit einen Leistungsüberblick zu erhalten. Sie stellt für beide Seiten kein vertragliches Angebot oder eine Verpflichtung dar.

Diese Unterlage und die darin enthaltenen Fragen und Informationen sind ausschließlich für den jeweiligen Empfänger bestimmt. Die unbefugte Weitergabe an Dritte ist untersagt. Die Betreuungsagentur Beck geht davon aus, dass die hier enthaltenen Angaben der personenbezogenen Daten freiwillig und mit Zustimmung aller beteiligten Personen erfolgt ist. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten durch die Betreuungsagentur Beck an außenstehende Dritte erfolgt nicht, sofern keine ausdrückliche Zustimmung des Nutzers abgegeben wurde.

Bei der Begründung, inhaltlichen Ausgestaltung oder Änderung eines Angebotes oder Vertragsverhältnisses zwischen Ihnen und der Betreuungsagentur Beck und unseren osteuropäischen Kooperationspartnern, erheben und verwenden wir, im Rahmen der Erforderlichkeit, Ihre personenbezogenen Daten.

---

## 14.0 BESTÄTIGUNG:

Hiermit bestätige ich die Seiten 1 bis 11 vollständig zur Kenntnis genommen zu haben:

Ort

Datum

Unterschrift

---

## WIR SIND DA:

### BETREUUNGSAGENTUR BECK

Am Mitterfeld 7, D-83024 Rosenheim

E-Mail: [kundenservice@betreuungsagentur-beck.de](mailto:kundenservice@betreuungsagentur-beck.de)

Telefon: (+49) 08031 / 88 734-27

Telefax: (+49) 08031 / 88 734-28

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG UND WEITERGABE VON GESUNDHEITSDATEN

**DURCH:** Betreuungsgesellschaft Beck, Am Mitterfeld 7, 83024 Rosenheim E-Mail: kundenservice@betreuungsgesellschaft-beck.de

Für die Vermittlung einer optimalen Pflegekraft ist es hilfreich, die Bedürfnisse der zu betreuenden Person zu kennen. Hierfür möchten wir gern Gesundheitsdaten und andere Daten zu speziellen Bedürfnissen und Anforderungen der zu betreuenden Person erfassen. Wir werden diese Daten zunächst in anonymisierter Form (also ohne Angabe von Namen und Kontaktdaten) an Kooperationspartner in Osteuropa weitergeben. Eine Weitergabe von personenbezogenen Daten (auch von Gesundheitsdaten) findet erst dann statt, wenn sie sich für einen Vertragsabschluss entscheiden. Sofern Sie einen entsprechenden Vertrag abschließen und die Kommunikation weiterhin über uns führen möchten, möchten wir im Rahmen dieser Kommunikation auch weiterhin Gesundheitsdaten verarbeiten und im erforderlichen Umfang an ihren Vertragspartner in Osteuropa weitergeben. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Weiterhin ist es erforderlich, dass die zu betreuende Person in die Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten, vor allem der Gesundheitsdaten, an sie vertretende Angehörige einwilligt. Wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen, werden wir keine Gesundheitsdaten verarbeiten und an Dienstleister weitergeben. Dies führt jedoch im Normalfall dazu, dass wir Ihnen eine Dienstleistung nicht anbieten können. Die Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten (inklusive Gesundheitsdaten) erfolgt bis zu einem Widerruf ihrer Einwilligung. Sie können diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Wenn Sie Fragen haben, können Sie uns jederzeit unter den angegebenen Kontaktdaten erreichen. Natürlich haben Sie darüber hinaus auch ein Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren. Wir sind rechtlich verpflichtet, sie darauf hinzuweisen. Mehr Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen für Kunden und Partner.

### Einwilligungserklärung

Name	Vorname	ja	ich bin damit einverstanden, dass die Betreuungsgesellschaft Beck Gesundheitsdaten von mir verarbeiten und im vorab genannten Umfang an Kooperationspartner weitergeben darf.
Straße			

PLZ	Ort	ja	Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass die Betreuungsgesellschaft Beck Gesundheitsdaten von mir mit den unten genannten Angehörigen austauschen darf.
-----	-----	----	--

Ort	Datum	Unterschrift zu betreuende Person / Bevollmächtigter Person
-----	-------	---

### Auflistung der vertretungsberechtigten Angehörigen

Name und Kontaktdaten

Name und Kontaktdaten