

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
ausgeglichene	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

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

Beschreibung zur Art des Nachteilsatzes:

Wie wird auf einen Nachteilsatz 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

Lage des Wohnraumes:	Stadtmitte	Stadttrand	Kleinstadt	Dorf
Wohnsituation:	Einfam.-Haus	Mehrfam.-Haus	Wohnung	
	Stockwerke	Zimmeranzahl	qm	
Fußläufig erreichbar:	Einkaufsmöglichkeiten	Apotheken	Ärzte	
Angehörige erreichbar:	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 personenbezogene 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

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