

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Ziel ist es, Menschen, die auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind, ein möglichst komfortables und sicheres Leben im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Wir legen großen Wert darauf, dass unsere Kunden in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können und gleichzeitig die bestmögliche Betreuung erhalten.

Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Pflege und einem harmonischen Miteinander liegt für uns in einer sorgfältigen Auswahl der Betreuungskräfte, abgestimmt auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche.

Dieser Fragebogen bildet die Grundlage für die Auswahl geeigneter Pflegepersonen. Die darin enthaltenen Informationen über:

- Gesundheitszustand und Krankengeschichte der pflegebedürftigen Person,
- örtliche Gegebenheiten und Bedingungen vor Ort,
- persönliche Präferenzen hinsichtlich der Betreuungskraft,

ermöglichen uns eine gezielte Personalsuche. Sobald wir Ihre Angaben erhalten, beginnen wir mit der Suche nach passenden Kandidaten und stellen Ihnen anschließend geeignete Vorschläge vor.

**Wichtiger Hinweis:**

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, alle Fragen gründlich und ehrlich zu beantworten. Die zukünftigen Pflegekräfte kennen Ihre Situation und Anforderungen zunächst ausschließlich anhand dieses Fragebogens.

Nach Erhalt des vollständig ausgefüllten Formulars melden wir uns kurzfristig bei Ihnen, um die weiteren Schritte zu besprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team von Sankt Andreas Pflegehilfe

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende E-Mail-Adresse



**simmes@ sankt-andreas-pflegehilfe.de**

Wichtig: Diese Seite wird ausschließlich intern verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form bearbeitet.

### Angaben zur Kontaktperson

**(Auftraggeber)** Vor- und Nachname:

Verhältnis zur betreuten Person: ☐ Vater ☐ Mutter

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mail-Adresse:

- ☐ Gerichtlicher Betreuer vorhanden
- ☐ Notarielle Vollmacht vorhanden
- ☐ Vollmacht vorhanden

### Angaben zur betreuten Person

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer:

Mobilnummer:

E-Mail-Adresse:

Zusätzliche Informationen

Wie haben Sie von unserem Angebot erfahren?

**Anonymisierte Angaben** – Diese Seite wird für die Vermittlung geeigneter Betreuungskräfte verwendet.

Interne Kennnummer der Anfrage  
(wird von uns ausgefüllt):

Datum der Anfrage:

Geplanter Beginn der Betreuung:

Geplanter Betreuungszeitraum: ☐ unbefristet

☐ bis zum:

### Angaben zur betreuten Person

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter (Jahre): Körpergröße (cm):

Körpergewicht (kg):

Wohnort (PLZ, Ort):

Ist die zu betreuende Person Raucher/  
in? Ist der Haushalt ein Raucherhaushalt?

- ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Ja ☐ Nein

### Allgemeine Fragen zur betreuten Person

- |                                                                                                 |                          |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Ist die Person bettlägerig?                                                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Muss die Person regelmäßig umgelagert werden?                                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist die Körperpflege im Bett erforderlich?                                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Benötigt die Person Hilfe beim Transfer (z.B. Bett – Rollstuhl)?                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Unterstützt die Person aktiv beim Transfer?                                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leidet die Person an Schlafstörungen?                                                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestehen aktuell ansteckende Erkrankungen?                                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Falls ja, bitte nennen:                                                                         |                          |                            |
| Gibt es weitere Personen im Haushalt mit ansteckenden Krankheiten?                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Falls ja, bitte nennen:                                                                         |                          |                            |
| Befindet sich die zu betreuende Person derzeit in einer Klinik oder Rehabilitationseinrichtung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind alle medizinischen Angaben ärztlich bestätigt?                                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

### Ärztliche Betreuung

Hausarzt (Name und Telefon):

Krankenkasse der betreuten Person:

Versicherten-Nr:

### Weitere Haushaltsmitglieder / Familienmitwirkung

- |                                                                                   |                          |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Soll eine zweite Person im Haushalt ebenfalls hauswirtschaftlich versorgt werden? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Unterstützt ein Familienmitglied die Betreuungskraft bei der Arbeit?              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Benötigt eine weitere Person im Haushalt ebenfalls aktive Betreuung?              |                          |                            |
| ( → Wenn ja, bitte zusätzliches Formular ausfüllen.)                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

### Anerkannte Pflegebedürftigkeit

- Pflegegrad-Status: ☐ Es ist noch kein Pflegegrad (PG) bestätigt  
☐ PG wurde beantragt (Entscheidung steht aus)
- PG bestätigt: ☐ PG 1   ☐ PG 2   ☐ PG 3   ☐ PG 4   ☐ PG 5  
☐ Pflegegrad ist bereits länger als 6 Monate bestätigt
- PG beantragt: ☐ PG 1   ☐ PG 2   ☐ PG 3   ☐ PG 4   ☐ PG 5

## Pflegedienst & Notrufsystem

Wird die betreute Person aktuell durch einen Pflegedienst versorgt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Wird abbestellt

Name des Pflegedienstes, Telefonnummer:

Wie häufig täglich? Welche Leistungen werden übernommen?

Gibt es einen Hausnotruf? ☐ Ja ☐ Nein ☐ In Planung

Ist ein Schlüssel hinterlegt? ☐ Ja ☐ Nein bei:

## Krankheitsbilder / Diagnosen

- |                                        |                                        |                                           |                                                  |
|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Allergien        | <input type="radio"/> Alzheimer        | <input type="radio"/> Asthma              | <input type="radio"/> Blutverdünnung Diabetes    |
| <input type="radio"/> COPD (Stufe ___) | <input type="radio"/> Demenz (Anfang)  | <input type="radio"/> Depressionen        | <input type="radio"/> (insulinpflichtig) Demenz  |
| <input type="radio"/> Gehschwäche      | <input type="radio"/> Herzinfarkt      | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung | <input type="radio"/> (Fortgeschritten) Multiple |
| <input type="radio"/> Hypertonie       | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> Inkontinenz         | <input type="radio"/> Sklerose                   |
| <input type="radio"/> Neurodermitis    | <input type="radio"/> Osteoporose      | <input type="radio"/> Rheuma              | <input type="radio"/> Parkinson (seit: )         |
| <input type="radio"/> Schlaganfall     | <input type="radio"/> Tumor            | <input type="radio"/> Weglauftendenz      | <input type="radio"/> Stoma (Anus praeter)       |
| <input type="radio"/> Dekubitus        | <input type="radio"/> Arthrose         |                                           |                                                  |

**Hinweise:**

## Medikamentenversorgung

Wer stellt die Medikamente bereit?

☐ Apotheke ☐ Pflegedienst ☐ Familie ☐ Selbst

## Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit

Bitte schätzen Sie ein, wie gut die betreute Person noch hören, sehen und sprechen kann.

| Bereich        | keine Einschränkung   | teilweise eingeschränkt | stark eingeschränkt   |
|----------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Hören          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Sehen          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Sprachvermögen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |

**Hinweise:**

## Verwendete Hilfsmittel (z. B. zur Verständigung):

☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Sonstige:

**Hinweise:**

## Räumliches und zeitliches Orientierungsvermögen

| Orientierung    | keine Einschränkung   | teilweise eingeschränkt | stark eingeschränkt   |
|-----------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Zeitlich        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Örtlich         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Personenbezogen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |

**Zusätzliche Bemerkungen:**

## Beweglichkeit im Alltag

| Aktivität | uneingeschränkt       | teilweise eingeschränkt | kaum möglich          |
|-----------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Gehen     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |
| Stehen    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> |

**Hinweise oder Besonderheiten:**

## Hilfsmittel zur Mobilität (umformulowane)

- |                                     |                                        |                                               |
|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Pflegebett    | <input type="radio"/> Nachtstuhl       | <input type="radio"/> Antidekubitus-Matratze  |
| <input type="radio"/> Gehstock      | <input type="radio"/> Rollator         | <input type="radio"/> Rollstuhl Barrierefreie |
| <input type="radio"/> Patientenlift | <input type="radio"/> Badewannenlifter | <input type="radio"/> Dusche                  |
| <input type="radio"/> Treppenlift   | <input type="radio"/> Andere Hilfen:   |                                               |

## Hilfsmittel zur Mobilität (umformulowane)

- |                                                     |                                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> nicht erforderlich            | <input type="radio"/> mit Unterstützung möglich |
| <input type="radio"/> aktive Mitwirkung             | <input type="radio"/> geringe Mitwirkung        |
| <input type="radio"/> keine Mitwirkung              | <input type="radio"/> vollständiges Heben nötig |
| <input type="radio"/> nur mit Patientenlift möglich |                                                 |

**Hinweise:**

## Demenz – Einschätzung des Verhaltens und der Orientierung

(Nur ausfüllen, wenn eine Demenz oder ein entsprechender Verdacht besteht)

### Orientierungsprobleme

- ☐ Schwierigkeiten mit zeitlicher Orientierung (z. B. Tag/Nacht, Alter, Jahreszeiten)
- ☐ Schwierigkeiten mit räumlicher Orientierung (z. B. findet sich in der Wohnung nicht zurecht)
- ☐ Verwechslung von Personen (z. B. erkennt Angehörige nicht)
- ☐ Unsicherheit in Bezug auf die eigene Identität

### Verhaltensauffälligkeiten

- ☐ Aggressives Verhalten

Art der Aggression (falls bekannt):

- ☐ gegen sich selbst    ☐ gegen andere    ☐ gegen Gegenstände    ☐ verbal

### Weitere Auffälligkeiten:

- ☐ Angst oder Panikreaktionen  
☐ Teilnahmslosigkeit / Apathie  
☐ Halluzinationen  
☐ Unruhiger Tag-/Nachtrhythmus  
☐ starke innere Unruhe  
☐ Weglauftendenzen (tagsüber oder nachts) Körperpflege  
☐ wird verweigert oder nur schwer zugelassen

### Umgang mit der Betreuungsperson

- ☐ Person benötigt aktive Ansprache / häufige Kontaktaufnahme  
☐ Person bevorzugt eher Rückzug und Ruhe

### Körperpflege - Detaillierte Einschätzung

Welche Körperpflege-Maßnahmen werden regelmäßig benötigt?  
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

- |                                                             |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Waschen (z. B. Gesicht, Oberkörper)   | <input type="radio"/> Hautpflege (Cremes, Lotionen)                           |
| <input type="radio"/> Duschen / Baden                       | <input type="radio"/> Fußpflege (nicht podologisch)                           |
| <input type="radio"/> Intimpflege                           | <input type="radio"/> Nagelpflege (nicht medizinisch)                         |
| <input type="radio"/> Haarpflege (Kämmen, Waschen)          | <input type="radio"/> Eincremen bei Hautproblemen (z. B. Dekubitusprophylaxe) |
| <input type="radio"/> Rasur (Nass- oder Trockenrasur)       | <input type="radio"/> Wechseln von Kleidung / Wäsche                          |
| <input type="radio"/> Zahnpflege / Reinigung von Zahnersatz |                                                                               |

### Wird die Körperpflege durch die betreute Person akzeptiert?

- ☐ Ja    ☐ Nein    ☐ Teilweise

### Wird die Pflege im Bett durchgeführt?

- ☐ Ja    ☐ Nein

### Wer übernimmt überwiegend die Körperpflege?

- ☐ Betreuungskraft    ☐ Angehörige    ☐ Ambulanter Dienst

Gibt es besondere Anforderungen oder Hilfsmittel?

### **Ausscheiden / Inkontinenz – Unterstützung beim Toilettengang**

Welche Form der Inkontinenz liegt vor?

- |                                       |                                                        |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Keine           | <input type="radio"/> Stuhlinkontinenz                 |
| <input type="radio"/> Harninkontinenz | <input type="radio"/> Doppelinkontinenz (Harn + Stuhl) |

Wird Hilfe beim Toilettengang benötigt?

- ☐ Ja    ☐ Ja, Teilweise    ☐ Ja, vollständig

Gibt es ein Rezept für Inkontinenzmaterial?

- ☐ Ja    ☐ Nein

### **Welche Hilfsmittel werden regelmäßig verwendet?**

- |                                                        |                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Einlagen / Vorlagen              | <input type="radio"/> Klistier / Abführmaßnahmen |
| <input type="radio"/> Windeln / Pants                  | <input type="radio"/> Analtampon                 |
| <input type="radio"/> Bettunterlagen (z. B. saugfähig) | <input type="radio"/> Dauerkatheter              |
| <input type="radio"/> Urinflasche / Steckbecken        | <input type="radio"/> Urostoma / Anus praeter    |
| <input type="radio"/> Toilettenstuhl / Nachtstuhl      | <input type="radio"/> Sonstige:                  |

Besondere Hinweise oder medizinische Vorgaben:

### **Hilfsmittel zum Verbrauch (nach § 40 SGB XI)**

- ☐ Es werden regelmäßig zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel genutzt
- ☐ mit Rezept    ☐ ohne Rezept
- ☐ Es werden keine Verbrauchshilfsmittel benötigt

Hinweis:

Pflegebedürftige mit anerkanntem Pflegegrad haben Anspruch auf die Kostenerstattung von bis zu 42 € monatlich für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch. Dazu zählen z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Schutzschürzen oder saugende Bettschutzeinlagen.

### **An- und Auskleiden – Unterstützung beim täglichen Ankleiden**

Wie gut kann sich die betreute Person an- und auskleiden?

- |                                                       |                                                                             |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> vollständig selbstständig       | <input type="radio"/> mit geringer Hilfe (z. B. nur Knöpfe, Reißverschluss) |
| <input type="radio"/> vollständige Hilfe erforderlich | <input type="radio"/> mit Unterstützung bei bestimmten Kleidungsstücken     |

### **Welche Hilfsmittel werden verwendet (falls vorhanden)?**

- |                                                |                                                      |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Anziehhilfe / Greifhilfe | <input type="radio"/> Rollator mit Sitz zum Anziehen |
| <input type="radio"/> Strumpfanzieher          | <input type="radio"/> Keine Hilfsmittel notwendig    |
| <input type="radio"/> Pflegeoverall            |                                                      |

Besondere Hinweise zum Ankleiden (z. B. Kleidungsvorlieben, Probleme, Zeiten):

## Ernährung und Flüssigkeitszufuhr – Unterstützung beim Essen und Trinken

Wie erfolgt die Nahrungsaufnahme?

- ☐ Selbstständig
- ☐ Mit Unterstützung (z. B. Halten des Bestecks)
- ☐ Sondenernährung / PEG
- ☐ Mit Erinnerung / Anleitung
- ☐ Vollständige Hilfe erforderlich

Gibt es Besonderheiten bei der Ernährung?

- ☐ Appetitlosigkeit Kauprobleme /
- ☐ Zahnprobleme
- ☐ Schluckstörungen (Dysphagie)
- ☐ Diätvorgaben:
- ☐ Erhöhter Energiebedarf
- ☐ Reduzierte Flüssigkeitsaufnahme
- ☐ Verweigerung der Nahrungsaufnahme

Wird ausreichend getrunken?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Muss erinnert / motiviert werden

Verwendete Trinkhilfen:

- ☐ Schnabeltasse
- ☐ Strohhalm
- ☐ Spezialgeschirr
- ☐ Keine

## Nächtlicher Unterstützungsbedarf – Verhalten und Betreuung in der Nacht

Benötigt die betreute Person nachts Unterstützung?

- ☐ Nein
- ☐ Gelegentlich (1–2× pro Nacht)
- ☐ Regelmäßig (mehrmals pro Nacht)
- ☐ Durchgehende Anwesenheit erforderlich

## Welche Unterstützung wird nachts benötigt?

- ☐ Toilettengänge
- ☐ Lagerung / Positionswechsel
- ☐ Beruhigung bei Unruhe / Angstzuständen
- ☐ Kontrolle bei Weglauftendenz
- ☐ Gabe von Medikamenten
- ☐ Überwachung medizinischer Werte (z. B. Blutzucker, Atmung)

Zusätzliche Hinweise oder Besonderheiten in der Nacht:

## Tagesstruktur und Beschäftigung – Tagesverlauf und Aktivierung

Wie gestaltet die betreute Person ihren Tag?

- ☐ Hat klare Tagesstruktur / feste Abläufe
- ☐ Braucht Unterstützung bei der Tagesgestaltung
- ☐ Verbringt den Tag überwiegend passiv / zurückgezogen
- ☐ Zeigt Interesse an Aktivitäten

Welche Beschäftigungen sind möglich oder gewünscht?

- |                                               |                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Fernsehen / Radio       | <input type="radio"/> Musik / Singen                 |
| <input type="radio"/> Lesen / Vorlesen        | <input type="radio"/> Haushaltstätigkeiten (leichte) |
| <input type="radio"/> Gesellschaftsspiele     | <input type="radio"/> Basteln / kreative Tätigkeiten |
| <input type="radio"/> Spaziergänge / Bewegung | <input type="radio"/> Gespräche / gemeinsame Zeit    |
| <input type="radio"/> Andere:                 |                                                      |

Gibt es Besonderheiten bei der Tagesstruktur oder Motivation?

### Therapien - Beschäftigung

Bitte geben Sie an, welche Therapien oder unterstützenden Aktivitäten derzeit stattfinden.

Tragen Sie nach Möglichkeit die Häufigkeit pro Woche ein.

| Therapie / Aktivität                                | Häufigkeit pro Woche | Bemerkungen / Anbieter |
|-----------------------------------------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> Ergotherapie                  | /Woche               |                        |
| <input type="radio"/> Musiktherapie                 | /Woche               |                        |
| <input type="radio"/> Beschäftigungstherapie        | /Woche               |                        |
| <input type="radio"/> Logopädie                     | /Woche               |                        |
| <input type="radio"/> Krankengymnastik /            | /Woche               |                        |
| <input type="radio"/> Physiotherapie Tagespflege    | /Woche               |                        |
| <input type="radio"/> Betreuung durch               | /Woche               |                        |
| <input type="radio"/> Familienmitglieder Sonstiges: | /Woche               |                        |

### Entlastung und Unterstützung der Betreuungskraft vor Ort

Wer kann die Betreuungskraft vor Ort entlasten / unterstützen?

- |                                                      |                                                                      |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Familienangehörige im Haushalt | <input type="radio"/> Ehrenamtliche Helfer                           |
| <input type="radio"/> Angehörige besuchen regelmäßig | <input type="radio"/> Pflegedienst                                   |
| <input type="radio"/> Nachbarn helfen gelegentlich   | <input type="radio"/> Niemand – Betreuungskraft ist allein zuständig |

Wer übernimmt regelmäßig folgende Aufgaben? (Mehrfachnennungen möglich)

| Aufgabe                      | Familie               | Betreuungskraft       | Externe Hilfe         |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Einkäufe                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kochen                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reinigung der Wohnung        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Waschen / Bügeln             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Begleitung zu Arztterminen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Spaziergänge / Beschäftigung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Medikamentenorganisation     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wer organisiert Freizeit / Pausenzeit der Betreuungskraft?

- ☐ Familie
- ☐ Externe Koordinatorin
- ☐ Betreuungskraft selbst
- ☐ Noch nicht geklärt

Besondere Hinweise oder Wünsche:

Wohnt eine weitere (zweite) Person mit im Haushalt?

☐ Ja ☐ Nein

Ist die hauswirtschaftliche Versorgung für die 2. Person erwünscht?

☐ Ja ☐ Nein

Unterstützt die 2. Person die Betreuungskraft?

☐ Ja ☐ Nein

Muss die 2. Person aktiv gepflegt werden?

☐ Ja ☐ Nein

Wohnen weitere Familienmitglieder in der Nähe?

☐ Ja ☐ Nein

### **Zusätzliche Entlastung der Betreuungskraft**

- ☐ An \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche ist ein Familienmitglied für mindestens 1 Stunde vor Ort anwesend.
- ☐ Nutzung der Entlastungsleistungen gemäß § 45b SGB XI  
(z. B. ambulanter Pflegedienst, Alltagsbegleiter, Seniorenbetreuung)
- ☐ Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche
- ☐ Sonstige Entlastungsangebote oder Hinweise:

### **Gewünschte Aufgaben der Betreuungskraft**

Bitte kreuzen Sie an, welche Aufgaben die Betreuungskraft regelmäßig übernehmen soll:

- |                                                                                    |                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Unterstützung bei der Körperpflege                           | <input type="radio"/> Medikamentengabe gemäß Plan / Erinnerung                  |
| <input type="radio"/> Hilfe beim An- und Auskleiden                                | <input type="radio"/> Begleitung zu Arztbesuchen / Terminen                     |
| <input type="radio"/> Unterstützung bei Toilettengängen /<br>Inkontinenzversorgung | <input type="radio"/> Beschäftigungsangebote (z. B. Vorlesen, Spiele,<br>Musik) |
| <input type="radio"/> Zubereitung von Mahlzeiten                                   | <input type="radio"/> Spaziergänge / Bewegungsübungen                           |
| <input type="radio"/> Einkaufen / Erledigungen außer Haus                          | <input type="radio"/> Gespräche / Gesellschaft leisten                          |
| <input type="radio"/> Reinigung der Wohnung (Staubsaugen,<br>Wischen, Bad/WC)      | <input type="radio"/> Versorgung von Haustieren                                 |
| <input type="radio"/> Wäsche waschen / Bügeln                                      | <input type="radio"/> Weitere gewünschte Aufgaben:                              |

### Nicht gewünschte Aufgaben der Betreuungskraft

Bitte markieren Sie, welche Tätigkeiten ausdrücklich nicht von der Betreuungskraft übernommen werden sollen:

- |                                                                                    |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Fenster putzen                                               | <input type="radio"/> Übernahme schwerer körperlicher Arbeiten<br>(z. B. Heben, Umsetzen ohne Hilfsmittel) |
| <input type="radio"/> Gartenarbeit                                                 | <input type="radio"/> Verantwortung für Medikamentenverordnung<br>/Rezeptbeschaffung                       |
| <input type="radio"/> Grundreinigung / Frühjahrsputz                               | <input type="radio"/> Versorgung von Haustieren                                                            |
| <input type="radio"/> Versorgung medizinischer<br>Geräte (z. B. Sauerstofftechnik) | <input type="radio"/> Andere ausgeschlossene Aufgaben:                                                     |
| <input type="radio"/> Versorgung weiterer Personen<br>im Haushalt                  |                                                                                                            |

### Wohnumfeld und Haustiere

Gibt es Haustiere?

- ☐ Ja    ☐ Nein    wenn ja, welche:

Wer soll die Haustiere versorgen?

- ☐ Betreuungskraft    ☐ Familie

Ort und Wohnsituation:

- |                                       |                                        |                                 |
|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Einfamilienhaus | <input type="radio"/> Zweifamilienhaus | <input type="radio"/> Wohnung   |
| <input type="radio"/> Zimmer:         | <input type="radio"/> Barrierearm      | <input type="radio"/> Fahrstuhl |
| <input type="radio"/> Garten          | <input type="radio"/> Balkon           | <input type="radio"/> Etage:    |

Ausstattung der Häuslichkeit:

- ☐ einfach    ☐ normal    ☐ gehoben

Der Patient / die Patientin wohnen in:

- |                            |                                  |                             |                                   |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Dorf | <input type="radio"/> Kleinstadt | <input type="radio"/> Stadt | <input type="radio"/> große Stadt |
| Ew                         | Ew                               | Ew                          | Ew                                |

Die Wohnlage ist:

- |                                  |                                  |                                   |                                   |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> sehr ruhig | <input type="radio"/> ruhig      | <input type="radio"/> belebt      | <input type="radio"/> sehr belebt |
| <input type="radio"/> Außenorts  | <input type="radio"/> Vorortlage | <input type="radio"/> Zentrumsnah | <input type="radio"/> Zentrum     |

### Versorgung und Anbindung

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar):

- |                                   |                                   |                                  |                                                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ca. 10 Min. | <input type="radio"/> ca. 20 Min. | <input type="radio"/> ca. 30 Min | <input type="radio"/> Familie hilft / erledigt |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|

Wochenendeinkauf ist fußläufig zu erreichen in:

- |                                   |                                   |                                  |                                                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ca. 10 Min. | <input type="radio"/> ca. 20 Min. | <input type="radio"/> ca. 30 Min | <input type="radio"/> Familie hilft / erledigt |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|

Bus- / Bahn-Situation:

- ☐ sehr gut      ☐ gut      ☐ nicht gut

Nächste Haltestelle für Bus, U-/S-Bahn (zu Fuß):

- ☐ ca. 10 Min.      ☐ ca. 20 Min.      ☐ ca. 30 Min

### Zimmer der Betreuungskraft

Welche Art von Zimmer steht zur Verfügung?

- ☐ Einzelzimmer      ☐ Doppelzimmer      ☐ Gästezimmer

Ausstattung des Zimmers:

- |                             |                               |                                       |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bett  | <input type="radio"/> Schrank | <input type="radio"/> Tisch           |
| <input type="radio"/> Stuhl | <input type="radio"/> Fenster | <input type="radio"/> Heizung         |
| <input type="radio"/> TV    | <input type="radio"/> Radio   | <input type="radio"/> Internet / WLAN |

Sanitäre Einrichtungen für die Betreuungskraft:

- ☐ Eigenes Bad      ☐ Mitbenutzung im Haushalt      ☐ Keine Angabe

Zustand des Zimmers:

- ☐ einfach      ☐ normal      ☐ gut      ☐ sehr gut

Bemerkungen:

Zur Freizeitgestaltung der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

- ☐ PKW      ☐ Fahrrad      ☐ Balkon      ☐ Garten

Hinweise:

### Hobbies - Interessen

- |                              |                                 |                                    |                                       |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Music  | <input type="radio"/> Fernsehen | <input type="radio"/> Natur/Garten | <input type="radio"/> Spaziergehen    |
| <input type="radio"/> Spiele | <input type="radio"/> Malen     | <input type="radio"/> Lesen        | <input type="radio"/> Kreuzworträtsel |

Weitere:

### Wesenszüge

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

Weitere:

### Gewünschte Betreuungskraft

- Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: ☐ schnellstmöglich ☐ zum:
- Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: ☐ unbefristet ☐ bis zum:
- Gewünschtes Alter: ☐ 25 - 35 Jahre ☐ 36 - 45 Jahre ☐ > 46 Jahre  
(keine Garantie)
- Geschlecht: ☐ Frau ☐ Mann ☐ Egal
- Sprachkenntnisse: ☐ einfache ☐ mittlere ☐ gute ☐ sehr gute
- Führerschein: ☐ nein ☐ ja ☐ Schaltung ☐ Automatik
- Raucher ☐ nein ☐ ja (nur draußen) ☐ unwichtig

### Was ist Ihnen bei der Betreuung am Wichtigsten?

#### Einführung in die Gemeinde (Wichtig)

(Wege für Spaziergänge, Fahrt zum Hausarzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten usw.)

Von:

#### Aufgaben der Betreuungskraft

- |                                       |                                                  |                                                 |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Einkaufen gehen | <input type="radio"/> Kochen                     | <input type="radio"/> Wäsche waschen            |
| <input type="radio"/> Bügeln          | <input type="radio"/> Reinigung des Wohnbereichs | <input type="radio"/> Fahrstuhl                 |
| <input type="radio"/> Garten          | <input type="radio"/> Arztbesuche organisieren   | <input type="radio"/> Grundpflege               |
| <input type="radio"/> spazieren gehen | <input type="radio"/> gemeinsame Ausflüge        | <input type="radio"/> Pflege der Zimmerpflanzen |
| <input type="radio"/>                 |                                                  |                                                 |

## **Information für betroffene Personen gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)**

(Interessenten, Angehörige, bevollmächtigte oder gesetzlich bestellte Vertreter)

### Verantwortlicher

Sankt Andreas Pflegehilfe Elbing Sp. z o.o.  
ul. Mickiewicza 43 82-400 Sztum (Polen)  
Telefon: +49 2651-7502299  
E-Mail: zentrale@sankt-andreas-pflegehilfe.de  
Internet: www.sankt-andreas-pflegehilfe.de

### Gesetzlicher Vertreter

Adam Gościcki – Geschäftsführer

### Datenschutzbeauftragter

Adam Gościcki (E-Mail wie oben)

### Zweck der Datenverarbeitung

Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten zur Auswahl und Vermittlung geeigneter Betreuungskräfte sowie zur Organisation und Durchführung von Betreuungsleistungen,

### Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragsanbahnung oder -erfüllung), Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung, soweit erforderlich)

Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (besondere Kategorien personenbezogener Daten, z. B. Gesundheitsdaten)

### Kategorien von Empfängern

Kooperationspartner (z. B. Vermittlungsagenturen für Betreuungspersonal)  
Selbstständige oder angestellte Betreuungspersonen  
Öffentliche Stellen, soweit gesetzlich erforderlich

### Datenübermittlung in ein Drittland

Eine Übermittlung in ein Drittland findet nicht statt.

### Dauer der Datenspeicherung

Die Daten werden während des Vermittlungs- oder Vertragsverhältnisses gespeichert. Relevante Unterlagen werden gemäß § 147 AO für bis zu 10 Jahre aufbewahrt. Gesundheitsbezogene Angaben und Einwilligungen werden nur solange gespeichert, wie sie zur Erfüllung des Zwecks erforderlich sind. Eine frühere Löschung erfolgt auf Wunsch.

### Rechte der betroffenen Person

Sie haben das Recht auf:

Auskunft über Ihre gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO), Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO), Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO), Widerruf einer erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten.

### Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu beschweren.

### Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist zur Durchführung der Betreuungsleistungen erforderlich. Ohne diese Daten kann keine Betreuung organisiert oder vermittelt werden.

Automatisierte Entscheidungsfindung

Es findet keine automatisierte Entscheidungsfindung oder Profiling statt.

**Wichtig:** Diese Seite wird ausschließlich intern verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form bearbeitet.

## Einverständniserklärung und Abschluss des Fragebogens

### Einwilligung zu Marketingzwecken

Ich möchte regelmäßig Informationen und Angebote zu Betreuung und Pflege per Post oder E-Mail erhalten.

Hiermit willige ich ein, dass die Sankt Andreas Pflegehilfe Elbing Sp. z o.o. meine folgenden personenbezogenen Daten – Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse – für eigene Marketingzwecke nutzen darf, insbesondere zur Zusendung von Angeboten und Informationen rund um das Thema Betreuung.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- die Einwilligung freiwillig ist,
- ein möglicher Vertragsabschluss nicht von der Erteilung dieser Einwilligung abhängig ist,
- ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐ Ich bin damit einverstanden

☐ Ich bin nicht damit einverstanden

### Erklärung des Kunden bzw. der Kontaktperson/Bevollmächtigten

Ich wurde darüber belehrt, dass der Vertragsabschluss nicht von der Erteilung einer Einwilligung zu Werbezwecken abhängig ist.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der Sankt Andreas Pflegehilfe Elbing widerrufen kann.

Anwesend bei der Erstellung dieses Betreuungsfragebogens:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Kunde (Patient)

☐ Kontaktperson / Angehörige

☐ Pflegedienst

☐ Fragebogen wurde vorab telefonisch erstellt und zur Unterschrift an den Kunden/Bevollmächtigten zur Gegenzeichnung zugesandt.

### Erklärung zur Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Ich versichere, dass alle in diesem Fragebogen gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und korrekt sind.

Ich bin darüber hinaus darüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß Art. 6 und 9 DSGVO zum Zwecke der Vermittlung einer Betreuungskraft verarbeitet werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der Verarbeitung der erhobenen Daten im Rahmen der Vermittlung einverstanden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehörige):

\_\_\_\_\_



Unterschrift Sankt Andreas Pflegehilfe:

\_\_\_\_\_



Fragebogen jetzt per Email absenden



**Sankt Andreas**<sup>+</sup>  
p f l e g e h i l f e

