

## Betreuungsfragebogen

### Angaben des Auftraggebers

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße / PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Mail \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

Betreuer \_\_\_\_\_

### Angaben der zu betreuenden Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_

Vertraute Personen \_\_\_\_\_

### Körpermaße

Größe \_\_\_\_\_ m

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### Pflegerelevante Diagnosen

- altersbedingte Gehschwäche
- Diabetes mellitus
- Demenz
- Parkinson
- Hypertonie
- Depression

- Asthma
- Apoplex (Schlaganfall)
- Herzrhythmusstörungen
- Rheuma
- Enterostoma
- Tumor

- ansteckende Krankheit
- Dekubitus
- Osteoporose
- Allergien
- Inkontinenz
- Herzinfarkt

## Kurzübersicht Tagesverlauf

### Morgens

Wann sind Sie bisher aufgestanden? \_\_\_\_\_ Uhr

Gewohnheiten (z.B. Ankleiden vor oder nach dem Frühstück)

---

---

Gestaltung des Vormittags (z.B. Zeitung lesen)

---

---

### Mittags

Wann haben Sie bislang Mittag gegessen? \_\_\_\_\_ Uhr

Gibt es Liebesspeisen oder Abneigungen gegen gewisse Speisen?

---

---

Möchten Sie nach dem Essen ausruhen?  ja  nein

Wie lange ca. und wo möchten Sie das tun?

---

---

Gestaltung des **Nachmittags** (z.B. Spaziergang, Hobby, Kaffee trinken ...)

---

---

### Abends

Wann essen Sie gewöhnlich zu Abend? \_\_\_\_\_ Uhr

Liebesspeisen oder Abneigungen gegen gewisse Lebensmittel?

---

---

Gestaltung des Abends (z.B. TV schauen, Radio hören, alleine oder in Gesellschaft sein ...)

Wann gehen Sie i.d.R. zu Bett? \_\_\_\_\_ Uhr

Rituale:

Stehen Sie nachts regelmäßig auf? Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

Müssen Sie nachts regelmäßig zur Toilette? \_\_\_\_\_ Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Benötigen Sie in der Nacht Unterstützung? \_\_\_\_\_ Häufigkeit: \_\_\_\_\_

### Hilfsmittel

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehstock  | <input type="checkbox"/> Pflegebett       | <input type="checkbox"/> Hebe-/Stehlifter       |
| <input type="checkbox"/> Rollator  | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter | <input type="checkbox"/> TEP                    |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Nachtstuhl       | <input type="checkbox"/> Zahnprothesen          |
| <input type="checkbox"/> Brille    | <input type="checkbox"/> Hörgeräte        | <input type="checkbox"/> Antidekubitus Matratze |

### Körperpflege / Kleidung

Gewohnheiten / Abläufe (z.B. Baden oder Duschen, Rasur nass oder trocken ...)\*

A	B	tÜ	vÜ	Duschen / Baden .... x p. Woche
A	B	tÜ	vÜ	Tägliche Grundpflege
A	B	tÜ	vÜ	Rasur
A	B	tÜ	vÜ	An- und Auskleiden

\* A = selbstständig | B = bedingt selbstständig | tÜ = teilweise unselbstständig | vÜ = unselbstständig

Vorlieben Kleidung:

### Ausscheidung:

- |                                      |  |                                   |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kontinent   | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Einlagen |
| <input type="checkbox"/> inkontinent | <input type="checkbox"/> Vorlagen      |                                   |

### Mobilität / Beschäftigung und Freizeit

Transfer nötig?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Welche Interessen haben Sie?

- |                                       |                                       |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kochen       | <input type="checkbox"/> Gartenarbeit | <input type="checkbox"/> Singen / Musik hören |
| <input type="checkbox"/> Backen       | <input type="checkbox"/> Basteln      | <input type="checkbox"/> Malen                |
| <input type="checkbox"/> Spaziergänge | <input type="checkbox"/> Handarbeit   | <input type="checkbox"/> Vereine/Konzerte ... |

Haben Sie Ängste? (z.B. vor Dunkelheit, Nähe, Alleinsein, Gewitter, Stürze, Schmerzen ...)

- |                                     |                                 |                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dunkelheit | <input type="checkbox"/> Nähe   | <input type="checkbox"/> Alleinsein |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen  | <input type="checkbox"/> Stürze | <input type="checkbox"/> Gewitter   |

### Gewünschte Eigenschaften der Betreuungskraft

- |                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| Geschlecht        | <input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> irrelevant | <input type="checkbox"/> männlich  |
| Alter             | ca. _____  |  |
| Pflegeerfahrung   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein  |
| Deutschkenntnisse | <input type="checkbox"/> befriedigend<br><input type="checkbox"/> gut    | <input type="checkbox"/> sehr gut<br><input type="checkbox"/> irrelevant |
| Kochkenntnisse    | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> irrelevant       | <input type="checkbox"/> nein  |
| Raucher           | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> irrelevant       | <input type="checkbox"/> nein  |
| Führerschein      | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein  |
| Sonstiges         |  |  |
- 
- 

### Informationen über das Zimmer

(z.B. Mobiliar, Bad / WC extra oder gemeinsam, Internetzugang ...)

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bett / Stuhl / Tisch | <input type="checkbox"/> Eigenes Bad | <input type="checkbox"/> TV             |
| <input type="checkbox"/> Radio / PC           | <input type="checkbox"/> Schrank     | <input type="checkbox"/> Internetzugang |

### Ort / Beschreibung und Einkaufsmöglichkeiten

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ca. 10 Minuten      | <input type="checkbox"/> Dorf          | <input type="checkbox"/> Bahnhof             |
| <input type="checkbox"/> ca. 20 Minuten      | <input type="checkbox"/> Stadt         | <input type="checkbox"/> Einkauf von Familie |
| <input type="checkbox"/> 30 Minuten und mehr | <input type="checkbox"/> Busverbindung | <input type="checkbox"/> Fahrrad vorhanden   |

Sonstiges:

---

## Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten durch **Victum24**

Für unseren Dienst erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- ✓ Name, Adresse
- ✓ Telefonnummer
- ✓ E-Mail-Adresse
- ✓ Gesundheitszustand

Diese Daten werden auf dem Server von **Victum24** ( ) gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses notwendig ist. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers. Eine automatische Löschung erfolgt nach 12 Monaten, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden.

### Nutzerrechte

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen. Auch kann eine Datenübertragung angefordert werden, sollte der Unterzeichnende eine Übertragung seiner Daten an eine dritte Stelle wünschen.

### Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unser Dienst jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

### Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

### Zustimmung durch den Nutzer (Pflichtfeld)

Hiermit versichert der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch **Victum24** ( ) zuzustimmen und über seine Rechte belehrt worden zu sein:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_