

**Wichtig:**

diese Seite (Seite 1 von 12) wird nur intern verwendet und nicht weitergegeben. Ihre Anfrage wird anonymisiert bearbeitet.

**Kontaktperson (Auftraggeber)**

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Leistungsempfänger      Vater      Mutter \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Vollmacht liegt vor      notarielle Vollmacht      Gesetzlicher Betreuer

**Leistungsempfänger**      weiblich      männlich

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf die  
MK PflegeAgentur  
aufmerksam? \_\_\_\_\_

# Betreuungsfragebogen

Anonymisiertes Kennzeichen der Anfrage: \_\_\_\_\_

Anfragedatum: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Einsatzbeginn                      schnellstmöglich                      zum \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes                      unbefristet                      bis zum \_\_\_\_\_

**Leistungsempfänger**                      weiblich                      männlich

Alter \_\_\_\_\_ Jahre                      Größe \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

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

Raucherhaushalt                      ja                      nein                      Patient ist Raucher                      ja                      nein

Weitere Mitglieder im Haushalt \_\_\_\_\_

Hauswirtschaftliche Versorgung für 2. Person?                      ja                      nein

Unterstützt das Familienmitglied die Betreuungskraft?                      ja                      nein

Benötigt ein weiteres Familienmitglied aktive Betreuung? (Ja = 2. Fragebogen)                      ja                      nein

Hausarzt                      \_\_\_\_\_

Krankenkasse                      \_\_\_\_\_                      Versicherten-Nr: \_\_\_\_\_

## Anerkannte Pflegebedürftigkeit

seit wann? \_\_\_\_\_                      Es ist noch kein Pflegegrad (PG) bestätigt

PG bestätigt                      PG 1                      PG 2                      PG 3                      PG 4                      PG 5

PG beantragt                      PG 1                      PG 2                      PG 3                      PG 4                      PG 5

## Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung?                      ja                      nein                      wird abbestellt

Name des Pflegedienstes, Telefon                      \_\_\_\_\_

wie oft täglich, für welche Tätigkeiten                      \_\_\_\_\_

Hausnotruf?                      ja                      nein                      geplant

Schlüssel hinterlegt?                      ja                      nein                      bei \_\_\_\_\_

## Krankheitsbilder

Allergien	COPD Stufe _____	multiple Sklerose
Dekubitus	Rheuma	chronische Durchfälle
Alzheimer	Blutverdünnung	Diabetes insulinpflichtig
Asthma	Herzinfarkt	Parkinson seit _____
Osteoporose	Herzinsuffizienz	Stoma (Anus praeter)
Tumor	Herzrhythmusstörung	Demenz (Anfangsstadium)
Depressionen	Hypertonie	Demenz (Fortgeschritten)
Schlaganfall	Inkontinenz	Weglauftendenz
Gehschwäche	Arthrose	Neurodermitis

Hinweise: \_\_\_\_\_

---

## Wer stellt die Medikamente

Apotheke                      Pflegedienst                      Familie                      Selbst

## Grundsätzliche Fragen

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	ja	nein
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	ja	nein
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	ja	nein
Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?	ja	nein
Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?	ja	nein

Falls „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Leiden andere im Haushalt lebende Personen  
an ansteckenden Krankheiten?                      ja                      nein

Falls „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Ist der Patient momentan in einer Klinik/Reha?                      ja                      nein

Falls „ja“, sind die Angaben ärztlich abgesichert?                      ja                      nein

Hinweise \_\_\_\_\_

---

**Kommunikation**                      uneingeschränkt                      teilweise eingeschränkt                      eingeschränkt

Hören  
Sehen  
Sprechen

Hinweise \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel**                      Brille                      Hörgerät                      Sonstige \_\_\_\_\_

Hinweise \_\_\_\_\_

**Orientierung**                      uneingeschränkt                      teilweise eingeschränkt                      eingeschränkt

Zeitlich  
Örtlich  
Persönlich

Hinweise \_\_\_\_\_

**Mobilität - Gehen**                      uneingeschränkt                      teilweise eingeschränkt                      eingeschränkt

Hinweise \_\_\_\_\_

**Mobilität - Stehen**                      uneingeschränkt                      teilweise eingeschränkt                      eingeschränkt

Hinweise \_\_\_\_\_

**Hilfsmittel**                      Pflegebett                      Nachtstuhl                      Dekubitus-Matratze  
Gehstock                      Rollator                      Rollstuhl  
Patientenlift                      Badewannenlift                      ebenerdige Dusche  
Treppenlift                      Sonstige \_\_\_\_\_

Hinweise \_\_\_\_\_

<b>Transfer</b>	nicht nötig Patient benötigt Unterstützung Patient hilft aktiv mit Patient hilft <u>wenig</u> mit	Patient hilft <u>nicht</u> mit muss gehoben werden Transfer nur mit Patientenlift
-----------------	--	---

Hinweise \_\_\_\_\_

---

<b>Hygiene</b>	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
----------------	-----------------	-------------------------	---------------

Duschen / Baden

Hautpflege

Mundpflege

Zahnprothese

Haarpflege

Intimpflege

Rasieren

Patient wird im Bett gewaschen	Ja	Nein
--------------------------------	----	------

Hand-Fußpflege	Familie	Fußpflege kommt ins Haus
----------------	---------	--------------------------

Hinweise \_\_\_\_\_

---

<b>Ausscheiden</b>	Ja	gelegentlich	Nein
--------------------	----	--------------	------

Urininkontinenz

Stuhlinkontinenz

<b>Hilfsmittel</b>	Ja	Nein
--------------------	----	------

Blasenkatheter

Suprapubischer Katheter

Urinflasche

Windeln/Panty

Vorlagen

Inkontinenzrezept liegt vor

Hinweise \_\_\_\_\_

---



**Ruhen – Schlafen**                      uneingeschränkt              teilweise eingeschränkt              eingeschränkt

Einschlafen

Durchschlafen

Medikamente \_\_\_\_\_

Zu Bett gehen: ca. \_\_\_\_\_ Uhr      Aufstehen: ca. \_\_\_\_\_ Uhr      Mittagsschlaf: ca. \_\_\_\_\_ Std.

### Nächtliche Einsätze (Toilettengang)

Allein (Hilfe nicht notwendig)

Gelegentlich (1 x pro Nacht)

Nie bzw. selten (max. 3x pro Woche)

Häufig (mehrmals pro Nacht)

Hinweise \_\_\_\_\_

### Therapien - Beschäftigung

Ergotherapie                      \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

Musiktherapie                      \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

Beschäftigungstherapie                      \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

Logopädie                      \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

Krankengymnastik                      \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

Tagespflege                      \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

Ehrenamtliche Helfer                      \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

Familienmitglieder                      \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

### Entlastung und Unterstützung der Betreuungskraft vor Ort bei ihrer Arbeit

*Jeder Mensch benötigt Zeiten, in denen er sich ausruhen und auch mal „abschalten“ kann. Das „Krafttanken“ ist gerade in der Pflege und Betreuung ein wichtiger Faktor. Denn nur wer seine Kräfte regelmäßig regenerieren kann, der kann auch gut pflegen und betreuen.*

An \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche ist ein Familienmitglied für mindestens 1 Stunde vor Ort

Nutzung der Entlastungsleistungen (125 € z.B. Ambulanter Pflegedienst, Seniorenbetreuer)

Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Hobbies – Interessen

Musik	Fernsehen	Natur/Garten	Spaziergehen
Spiele	Malen	Lesen	Kreuzwörter

Weitere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Wesenszüge

lieb	umgänglich	bescheiden	geduldig	zurückhaltend
fordernd	bestimmend	störrisch	ungeduldig	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 (keine Garantie)                      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

Einkaufen gehen	Arztbesuche organisieren	Freizeitgestaltung
Kochen	Grundpflege	Auto fahren
Wäsche waschen	spazieren gehen	
Bügeln	gemeinsame Ausflüge	
Reinigung des Wohnbereichs	Pflege der Zimmerpflanzen	_____

Gibt es Haustiere?    ja    nein    wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Wer soll die Haustiere versorgen?    Betreuungskraft    Familie

## Ort und Wohnsituation

Einfamilienhaus	Zweifamilienhaus	Garten
Wohnung	Zimmer _____	Balkon
Barriere arm	Fahrstuhl	Etage _____

## Die Ausstattung der Häuslichkeit ist:

einfach    normal    gehoben

## Der Patient / Patientin wohnen in:

Dorf    Kleinstadt    Stadt    große Stadt \_\_\_\_\_ Ew.  
\_\_\_\_\_ Ew.    \_\_\_\_\_ Ew.    \_\_\_\_\_ Ew.

## Die Wohnlage ist:

sehr ruhig	ruhig	belebt	sehr belebt
Außenorts	Vorortlage	Zentrumsnah	Zentrum

## Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Min.      ca. 20 Min.      ca. 30 Min.      Familie hilft/erledigt

## Der Wochenendeinkauf ist fußläufig zu erreichen in:

ca. 10 Min.      ca. 20 Min.      ca. 30 Min.      Familie hilft/erledigt

## Bus/Bahn Situation

sehr gut      gut      nicht gut

## Die nächste Haltestelle für Bus, U-S-Bahn usw. (zu Fuß)

ca. 10 Min.      ca. 20 Min.      ca. 30 Min.

## Das Zimmer der Betreuungskraft hat folgende Ausstattung:

Bett	Schlafcouch	Internet (WLAN)	eigener Wohnbereich
Tisch	Radio	Computer	eigenes Bad
Schrank	TV	Balkon	eigenes WC
			gemeinsames Bad

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Zur Freizeitgestaltung der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

PKW      Fahrrad      Balkon      Garten

Hinweise \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Information der betroffenen Personen (Interessenten/(Angehörigen/Bevollmächtigte gerichtlich bestellter Vertreter) bei Direkterhebung (Art. 13 DS-GVO)**

### Verantwortlicher:

MK PflegeAgentur GmbH, Grünwalder Weg 32, 82041 Oberhaching (Deutschland)  
Tel.: 089 - 37038860, E-Mail: info@mk-pflegeagentur.de

### Gesetzlicher Vertreter:

Monika Kraus-Petereit - Dietmar Petereit  
- Geschäftsführer -

### Datenschutzbeauftragter: Dietmar Petereit

### Angaben zur Verarbeitungstätigkeit: Zwecke 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.

### Kategorien von Empfängern:

Sonstige Empfänger (Personalagenturen für Pflege- und Betreuungskräfte, Pflegedienste- und Heime.)

### Datentransfer in ein Drittland:

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.

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 DSGVO), 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.

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 MK PflegeAgentur GmbH 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, habe ich mit der Unterbereitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen.

Ich bin damit einverstanden

Ich bin nicht damit einverstanden

---

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 MK PflegeAgentur GmbH formlos widerrufen kann.

Anwesend bei der Erstellung des Betreuungsfragebogens

Kunde (Patient)

Kontaktperson/Angehörige

Pflegedienst

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

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 MK PflegeAgentur GmbH, Grünwalder Weg 32, 82041 Oberhaching zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht. Die Informationen entsprechend Art. 13 DS-GVO habe ich erhalten.

Ort, Datum

---

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehöriger)

---

Unterschrift (MK PflegeAgentur GmbH)

---