



Kontaktdatenerfassung S. 1/1

Kontaktperson Auftraggeber Vollmacht Rechnungsempfänger

Name / Vorname _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger Vater Mutter Sohn/Tochter _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon / Fax _____

E-Mail _____

Leistungsempfänger (zu betreuende Person) Auftraggeber Rechnungsempfänger

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon / Fax _____

E-Mail _____

Betreuungsfragebogen S. 2/9



Allgemeine Pflegesituation

Pflegebedürftigkeit kein Pflegegrad 1 2 3 4 5
seit wann? _____ beantragt 1 2 3 4 5

Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung? ja nein

Wie oft täglich, für welche Tätigkeiten? _____

Kommt ein Pflegedienst weiterhin, wenn eine Betreuungskraft vor Ort ist? ja nein

Hausnotruf ja nein geplant

Hauswirtschaftliche Versorgung für 2. Person gewünscht? (kochen, waschen, putzen, einkaufen) ja nein

Unterstützt ein Familienmitglied die Betreuungskraft bei der hauswirtschaftlichen Versorgung? ja nein

Wie wird unterstützt? _____

Benötigt ein weiteres Familienmitglied aktive Betreuung? (ggf. bitte zusätzlichen Betreuungsbogen ausfüllen) ja nein

Wohnen weitere Familienmitglieder in der Nähe ja nein



Krankheitsbilder

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> PEG Sonde | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Demenz (fortgeschritten) | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | |

Sonstige / Notizen: _____

Wer sortiert (stellt) die Medikamente? Apotheke Pflegedienst Familie

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
- Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? ja nein

wie oft am Tag? _____

- Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? 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? _____

Kommunikation - Orientierung

Kommunikation	uneingeschränkt	eingeschränkt	nicht möglich
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Bemerkung _____

Orientierung	uneingeschränkt	eingeschränkt	nicht möglich
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung _____

Betreuungsfragebogen S. 4/9



Mobilität

Gehen uneingeschränkt eingeschränkt nicht möglich

Bemerkung _____

Stehen uneingeschränkt eingeschränkt nicht möglich

Bemerkung _____

Hilfsmittel Stock Nachtstuhl Rollator
 Pflegebett Anti-Dekubitus-Matratze ebenerdige Dusche
 Patientenhilfe Treppenlift Rollstuhl
 Badewannenlift Transferlifter
 Sonstige

Bemerkungen _____

Hygiene

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	nicht möglich	Hilfe	Anleitung
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand / Fußpflege	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Fußpflege kommt ins Haus			

Bemerkung _____

Ausscheidungen

	Ja	gelegentlich	nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Betreuungsfragebogen S. 5/9

Hilfsmittel

	Ja	nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windelpants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<hr/> <hr/>	

Verbrauchsmittel vorhanden? Ja nein

Hinweis

Folgende Hygienemittel müssen vorhanden sein:

Desinfektionsmittel, Mundschutz, Einmalhandschuhe, Hand- u. Flächendesinfektionsmittel

Kleidung

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	nicht möglich
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essen - Trinken

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	nicht möglich
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen - Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährungszustand

- normal
- unterernährt
- adipös
- entwässert

Kostform

- normal
- vollwert
- vegetarisch
- Diabeteskost

Trinkmenge

- normal
- wenig
- viel
- zum Trinken animieren

Besonderheiten

Nahrungsaufnahme
(z.B. Unverträglichkeiten, Allergien
o.ä.):



Ruhe - Schlafen

uneingeschränkt

eingeschränkt

nicht möglich

Einschlafen

Durchschlafen

Bemerkungen

Nächtliche Einsätze (Toilettengang)

Wie oft?

Hilfe von der Betreuungskraft benötigt?

ja

nein

Bemerkungen:



Derzeitige maßgebliche Wesenszüge

(z.B. lieb, geduldig, bescheiden, umgänglich, zurückhaltend, offen, bestimmend, fordernd, störrisch)

Gewünschte Betreuungskraft

- Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: schnellstmöglich zum _____
- Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: unbefristet bis _____
- Geschlecht: Frau Mann egal
- Sprachkenntnisse einfache (A1) mittlere (A2) gute (B1)
 sehr gute (B2)
- Führerschein ja
- Rauchen ja nein egal

Ergänzende wichtige
Informationen:

Zusätzliche Aufgaben der Betreuungskraft

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einkaufen gehen | <input type="checkbox"/> Reinigung des Wohnbereichs | <input type="checkbox"/> Gemeinsame Ausflüge |
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Begleitung zum Arzt | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Grundpflege | <input type="checkbox"/> Pflege der Zimmerpflanzen |
| <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> Spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Auto fahren |

Gibt es Haustiere? Ja nein

Wenn ja, welche?

Wer soll die Haustiere versorgen? Familie Betreuungskraft
 Besuchhaustiere durch Angehörige oder Bekannte?

Pausenzeiten der Betreuungskraft

Wie ist die Pausenzeit
der Betreuungskraft
geregelt?



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Anwesend bei der Erstellung des Betreuungsfragebogens

Kunde (Patient) Kontaktperson/Angehörige Pflegedienst

Datenschutzerklärung / Einverständniserklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich willige in die Verarbeitung meiner oder der zu betreuenden Person personenbezogenen Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Daten, durch die SKHT Dienstleistung GmbH mit Sitz in Germering zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrags über die Erbringung von Betreuungsleistungen ein. Nähere Informationen zum Datenschutz, finden sie unter: www.24stunden-pflege-service.de

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich an die SKHT Dienstleistung GmbH, Westendstr. 28 in 82210 Germering zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht. Über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wurde ich durch eine Anlage gem. Art 13 DS - GVO informiert.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehöriger)

Unterschrift SKHT Dienstleistung GmbH

Einverständnis zu eigenen Marketingzwecken

Meine personenbezogenen Daten werden an SKHT Dienstleistung GmbH weitergeleitet und dazu verwendet, mich per E-Mail oder telefonisch zu Zwecken des Direktmarketings zu kontaktieren (nach Art. 172 des Gesetzes zum Telekommunikationsrecht vom 16. Juli 2004, umgesetzt aufgrund der Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutzrichtlinie).

Ich bin damit einverstanden

Kunde bzw. Bevollmächtigter / Betreuer



Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ja, ich möchte regelmäßig Interessante Angebote per Post, Email oder SMS über pflegebezogene Themen erhalten und willige dazu ein, dass die von mir gegenüber SKHT Dienstleistung GmbH angegebenen Daten, zu denen die Telefonnummer, die E-Mail-Adresse und die Wohnanschrift gehören, an ausgesuchte Kooperationspartner im Pflegebereich weitergegeben werden. Soweit die Daten an die Kooperationspartner weitergegeben werden, damit diese die Daten mir gegenüber zu Beratungszwecken verwenden können, habe ich mit der Unterbreitung von Angeboten im Rahmen der Pflege und Betreuung zu rechnen.

Ich bin damit einverstanden

Kunde bzw. Bevollmächtigter / Betreuer

Ich bin darüber belehrt worden, dass ein Vertragsabschluss mit der SKHT Dienstleistung GmbH und dessen Kooperationspartner nicht von der Erteilung dieser Einwilligung abhängt. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der SKHT Dienstleistung GmbH formlos widerrufen kann.

Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben jederzeit Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können diese jederzeit ändern und löschen lassen. Der Verwalter Ihrer Personendaten ist die SKHT Dienstleistung GmbH mit Sitz in Westendstr. 28 in 82210 Germering. Die Daten werden zum Zweck der Betreuungsdienstleistungen verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des oben genannten Zwecks und zum Schutz Ihrer Gesundheit. Sie haben das Auskunfts- und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.