



## Angaben zu der zu betreuenden Person

Name:	Vorname:	geb.am:
Adresse:	PLZ/ Ort:	
Telefon:	Mobil:	
Fax:	E-Mail:	

### 1. Kontaktperson

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Mobil:
Fax:	E-Mail:

### 2. Kontaktperson

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Mobil:
Fax:	E-Mail:

### Ambulanter Pflegedienst

Name:			
Adresse:		PLZ/ Ort:	
Telefon:		Fax:	
bleibt der Pflegedienst weiterhin bestehen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	welche Aufgaben werden übernommen? _____

### Notwendige Informationen zu der zu betreuenden Person:

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Pflegegrad:     kein  
 1       2       3       4       5

beantragt/ Höherstufung beantragt am: \_\_\_\_\_

#### **vorhandene Hilfsmittel:**

<input type="checkbox"/> Badewannendrehstuhl	<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Bettenlift	<input type="checkbox"/> Drehscheibe
<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Treppenlift
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

### Diagnosen

Allergien:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, welche: _____	
ansteckende Krankheiten:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, welche: _____	
<input type="checkbox"/> Altersvergesslichkeit	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> chronische Durchfälle
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Dialysepflichtig	<input type="checkbox"/> Dyspnoe (Luftnot)	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung
<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Hypertonie/ Hypotonie	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Lähmungen: _____	
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Parkinson	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Tumor: _____	
<input type="checkbox"/> sonstige Diagnosen: _____			
<b>Raucher:</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	

## Kommunikation/ Orientierung

<b>Aussprache:</b>	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> nicht möglich	
<b>Sehvermögen:</b>	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> blind	<input type="radio"/> Brille
<b>Hörvermögen:</b>	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> taub	<input type="radio"/> Hörgerät
<b>Orientierung:</b>	<input type="radio"/> klar	<input type="radio"/> leicht desorientiert	<input type="radio"/> desorientiert	
<b>örtlich:</b>	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> massiv	
<b>zeitlich:</b>	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> massiv	
<b>zur Person:</b>	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> massiv	
<b>situativ:</b>	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> massiv	
<b>O Aggressivität</b>	<input type="radio"/> Angstzustände	<input type="radio"/> Weglauftendenzen	<input type="radio"/> gestörter Tag/Nacht-Rhythmus	

## Mobilität

<b>geht zu Hause:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfsmittel, welche: _____	<input type="radio"/> nur in Begleitung	<input type="radio"/> nicht möglich
<b>geht draußen:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfsmittel, welche: _____	<input type="radio"/> nur in Begleitung	<input type="radio"/> nicht möglich
<b>Transfer vom Liegen in die Sitzposition</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung (kann aktiv bisschen helfen)	<input type="radio"/> vollständige Übernahme	<input type="radio"/> nicht möglich
<b>Transfer vom Sitz in den Stand</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung (kann aktiv bisschen helfen)	<input type="radio"/> vollständige Übernahme	<input type="radio"/> nicht möglich
<b>freies Stehen:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung (kann aktiv bisschen helfen)	<input type="radio"/> vollständige Übernahme	<input type="radio"/> nicht möglich
<b>Treppensteigen:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung (kann aktiv bisschen helfen)	<input type="radio"/> vollständige Übernahme	<input type="radio"/> nicht möglich

## Körperpflege:

<b>Gesicht:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Oberkörper:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Rücken:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Intimbereich:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Gesäß:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Beine:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Füße:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Rasur:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Mundpflege:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Duschen/Baden:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Haare waschen:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme

## Ausscheidung/ Toilettengang

<b>Inkontinenz:</b>	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> beginnende Inkontinenz		
<b>Urininkontinenz:</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
<b>Stuhlinkontinenz:</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
<b>Hilfsmittel:</b>	<input type="radio"/> Vorlagen	<input type="radio"/> Windelhose/ Pants	<input type="radio"/> Urinflasche	
	<input type="radio"/> Dauerkatheter	<input type="radio"/> suprapubischer Katheter	<input type="radio"/> Toilettenstuhl	
<b>Gebrauch von Hilfsmittel:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Toilettengang:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
<b>Aus-und Ankleiden beim Toilettengang:</b>	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme

## Ernährung

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Vollkost                       leichte Kost                       diab. Kost                       sonstige Kost: \_\_\_\_\_

**Kau- und Schluckstörungen:**                       nein                       ja

**Nahrung muss mundgerecht zubereitet werden:**                       nein                       ja

**Sondenkost über PEG-Sonde:**                       nein                       ja

**Einfuhrbeschränkung (Flüssigkeit):**                       nein                       ja

**Nahrungsaufnahme:**     selbstständig                       mit Unterstützung                       vollständige Übernahme  
    unter Anleitung

**Flüssigkeitszufuhr:**     selbstständig                       mit Unterstützung                       vollständige Übernahme  
    muss nur erinnert werden

## Schlafen und Ruhen

Atemaussetzer                       Einschlafstörung                       Durchschlafstörung                       nimmt Schlafmedikation  
**Mittagsschlaf :**                       nie                       ab und zu                       immer

## Angaben zur Betreuungskraft

Gewünschter Beginn der Betreuung: \_\_\_\_\_

**Geschlecht:**                       weiblich                       männlich                       nicht relevant

**Alter:**                       bis 40 Jahre                       über 40                       über 50                       nicht relevant

**Raucher:**                       nein                       ja, aber nur draußen                       nicht relevant

**Führerschein erforderlich:**     nein                       ja                       nicht relevant

**PKW vorhanden:**                       nein                       ja

**Deutschkenntnisse:**     1/ sehr gut                       2/ gut                       3/ befriedigend                       4/ Grundkenntnisse

**Ausbildung:**                       Seniorenbetreuerin                       diplom. Krankenschwester                       nicht relevant

## Wohnverhältnisse

**Lage:**                       Großstadt                       Kleinstadt                       ländlich                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wohnungsart:**                       Einfamilienhaus                       Mehrfamilienhaus                       Wohnung                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wohnfläche:** \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

**Entfernung zu den Einkaufsmöglichkeiten:** \_\_\_\_\_ Min.                       zu Fuß                       Fahrrad                       Auto

## Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft

**Ausstattung:**                       Bett                       Schrank                       Tisch                       TV                       eigenes Bad

**Telefon ( Flatrate):**                       nein                       ja                       wird angelegt

**Internet:**                       nein                       ja                       wird angelegt

**Freizeit:**                       0-2-3 Std./ Tag                       0 2 x 4 Std./ Woche                       0 8 Std./ Woche                       wird abgesprochen



## Einwilligungserklärung

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Angebot. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten liegt uns sehr am Herzen. An dieser Stelle möchten wir Sie über den Umgang mit Ihren persönlichen Daten in unserem Unternehmen informieren. Selbstverständlich beachten wir die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (BDSG) des Telemediengesetzes (TMG), Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und anderer datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

RUNDUM BETREUT speichert und verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten. Um Ihre Anfrage bearbeiten zu können, sind wir dazu gezwungen Ihre Daten an Dritte (Kooperationspartner) weiterzugeben. Ihre Daten werden im ersten Schritt ausschließlich pseudonymisiert an die Partnerunternehmen in Polen weitergeleitet. Erst im weiteren Verlauf werden alle personenbezogenen Daten an die jeweilige Agentur in Polen übermittelt, um die Vertragsabwicklung zu ermöglichen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung:

Ich \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname)  
bin damit einverstanden, dass **RUNDUM BETREUT** die von mir angegebenen  
personenbezogenen Daten speichert, verarbeitet und an die  
Kooperationspartner zum Zweck der Vertragsabwicklung übermittelt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und ein  
späterer Widerruf die Rechtmäßigkeit, der bis zu diesem Zeitpunkt bereits  
erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ort/Datum

X \_\_\_\_\_

Unterschrift

X \_\_\_\_\_