

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### Gewünschter Einsatzbeginn

schnellstmöglich       ab

### 1. Ansprechpartner

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beziehungsebene zu der zu betreuenden Person

Ehepartner

Kind

Enkel

gesetzliche/r Betreuer/in

andere

Hiermit wird bestätigt, dass der Ansprechpartner zur Weitergabe der personenbezogenen Daten von der zu betreuenden Person berechtigt ist.

# Fragebogen zur Betreuungssituation

## 2. Angaben zu der zu betreuenden Person

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Hausarzt

Weitere Personen im Haushalt

ja

nein

## 3. Allgemeine Angaben

### 3.1 Zu betreuende Person

Geburtsdatum

Körpergewicht  kg

Körpergröße  cm

Raucher  nein  ja

Ansteckende Krankheiten/Keime  nein  ja

Pflegegrad  1  2  3  4  5  keinen  beantragt

Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein  ja

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### 3.2 Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit

#### 3.2.1 Diagnosen

Allergien

Asthma

Chronischer Durchfall

Dekubitus

Demenz (z.B. Alzheimer)

Depressionen

Diabetes Wenn ja, insulinpflichtig?  nein  ja

Herzinfarkt

Herzinsuffizienz

Herzrhythmusstörungen

Hypertonie

Krebs

Multiple Sklerose

Parkinson

Rheuma

Schlaganfall

Sonstige/Bemerkungen

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### 3.2.2 Mobilität

mobil  eingeschränkt  bettlägerig

Hilfsmittel erforderlich

Badewannenlift  Gehstock  Rollator

Patientenlift  Pflegebett  Rollstuhl

Toilettensstuhl  Sonstige

	selbständig	mit Unterstützung	unselbständig
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen/Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

### 3.2.3 Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen?

nein

ja

Probleme beim Trinken?

nein

ja

### 3.2.4 Medikamenteneinnahme

selbständig  unter Aufsicht

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### 3.2.5 Inkontinenz

	ja	gelegentlich	nein
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

Windeln

Katheter

Stoma

Sonstige

Wenn ja, welche?

Nächtliche Betreuung notwendig?

nein

ja, teilweise

ja, jede Nacht (mehrmals)

### 3.2.6 Orientierung

	uneingeschränkt	gelegentlich eingeschränkt	eingeschränkt
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"/>

Bemerkungen

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### 3.2.7 Kommunikation

	uneingeschränkt	gelegentlich eingeschränkt	eingeschränkt
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Bemerkungen

### 3.2.8 Gemütsverfassung

- |                                    |                                       |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> launisch     | <input type="checkbox"/> dominant   |
| <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> fröhlich     | <input type="checkbox"/> freundlich |
| <input type="checkbox"/> apathisch | <input type="checkbox"/> verschlossen | <input type="checkbox"/> sensibel   |
| <input type="checkbox"/> labil     | <input type="checkbox"/> unruhig      |                                     |

Sonstige

### 3.2.9 Interessen der zu betreuenden Person

- |                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesen    | <input type="checkbox"/> Kochen/Backen | <input type="checkbox"/> Spazieren gehen |
| <input type="checkbox"/> Stricken | <input type="checkbox"/> Musik         | <input type="checkbox"/> Spiele          |
| <input type="checkbox"/> Basteln  | <input type="checkbox"/> TV/Video      | <input type="checkbox"/> Natur           |
| <input type="checkbox"/> Tiere    |  |  |

Sonstige

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### 4. Angaben zur Wohnsituation

- Wohnung                      Einfamilienhaus                      Mehrfamilienhaus

#### 4.1 Lage

- Großstadt                      Kleinstadt                      Dorf

- Sonstige

#### 4.2 Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar?

- ca. 10min                      ca. 30min

- Sonstige

#### 4.3 Verkehrsmittel zu Fuß erreichbar?

- ja                      Bus                      Bahn

- nein

#### 4.4 Betreuungsperson erhält

- eigenes Zimmer                      eigenes Bad
- Internetzugang                      Internetzugang wird noch zur Verfügung gestellt

#### 4.5 Haustiere

- nein

- ja

- Wenn ja, Versorgung nötig?      ja                      nein

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### 5. Betreuungskraft

#### 5.1 Anforderungen an die Betreuungskraft

##### 5.1.1 Geschlecht

egal weiblich männlich

##### 5.1.2 Alter

egal 20 - 45 Jahre älter als 45 Jahre

##### 5.1.3 Führerschein

egal ja nein

Automatikschaltung Handschaltung

##### 5.1.4 Deutschkenntnisse

- Level 1 Verständnis von einfachen alltäglichen Wörtern  
(entspricht in Teilen A1 des Europäischen Referenzrahmens)
- Level 2 Verständigung mit einfachen Wörtern in Alltagssituationen  
(entspricht in Teilen A2 des Europäischen Referenzrahmens)
- Level 3 Verständnis von deutlich gesprochenen Sätzen und Kommunikation mit  
einfachen Wörtern (entspricht in Teilen B1 des Europäischen Referenzrahmens)

#### 5.2 Kontaktdaten für die Betreuungskraft im Notfall

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### 5.3 Übernahme der Betreuung während der Freizeit der Betreuungskraft

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

### 5.4 An- und Abreise der Betreuungskraft

- An- und Abreise vom/zum nächsten internationalen Bus- oder Bahnhof wird vom Vertragspartner übernommen.
- Übernahme der An- und Abreise durch die Vetter Pflegevermittlung GmbH. Die Kosten werden vom Vertragspartner übernommen.

## 6. Vertragsdaten

### 6.1 Vertragspartner

Nachname

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

## Fragebogen zur Betreuungssituation

### 6.2 Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Ich versichere, dass alle Angaben im Fragebogen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle von mir im Fragebogen gemachten Angaben zur Erfüllung Ihres Auftrages bei der Vetter Pflegevermittlung GmbH gespeichert und verarbeitet sowie an ausgewählte Partnerunternehmen der Vetter Pflegevermittlung GmbH weitergeleitet werden dürfen.

Die Vetter Pflegevermittlung GmbH nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und hält sich bei deren Erhebung, Verarbeitung und Nutzung strikt an geltende Datenschutzgesetze sowie datensicherheitsrechtliche Bestimmungen. Ihre Daten werden lediglich zur zweckbestimmten Nutzung verwendet. Ausführliche Informationen zum Datenschutz der Vetter Pflegevermittlung GmbH finden Sie unter [www.vetter-pflegevermittlung.de/impressumdatenschutzerklaerung](http://www.vetter-pflegevermittlung.de/impressumdatenschutzerklaerung)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift