

Sehr geehrte Interessentin,  
sehr geehrter Interessent,

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, pflegebedürftigen Menschen eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege zu Hause zu ermöglichen ohne dass sie ihre gewohnte Umgebung aufgeben müssen.

Eine solide und gründliche Personalsuche mit anschließender Personalauswahl sind die Grundlage für eine erfolgreiche und harmonische Pflege und Betreuung.

Unser Betreuungsfragebogen bildet die Basis für die nachfolgenden Personalgespräche zur Vorauswahl einer möglichst am besten geeigneten Betreuungs- und Pflegekraft.

Mit den

- Gesundheits- und Anamnesedaten zum Pflegebedürftigen
- Den Angaben zu den speziellen örtlichen Gegebenheiten
- Den individuellen Kundenwünschen zur Betreuungs- und Pflegekraft

begeben wir uns in die Personalsuche und Sie erhalten unsere Personalvorschläge.

**Wichtig:**

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit und beantworten Sie alle Fragen.

Bitte beschönigen Sie nichts. Die Pflege- und Betreuungskräfte kennen die zukünftigen Herausforderungen und Aufgaben und auch die Verhältnisse am Einsatzort nur aus diesem Betreuungsfragebogen.

Nach dem vollständigen Ausfüllen des Betreuungs Bogens können Sie diesen auch direkt über Ihr Mailprogramm versenden indem sie die nachfolgende Absenderfunktion anklicken.



Nach Erhalt des Bogens melden wir uns mit den nächsten Schritten umgehend bei Ihnen.

Ihr Team der

Pro Domo Pflegehilfe GmbH

**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  
(tt.mm.jjjj) \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

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

Wie wurden Sie auf ProDomo Pflegehilfe aufmerksam? \_\_\_\_\_

Anonymisiertes Kennzeichen der Anfrage:  
(wird von Prodomo vergeben) \_\_\_\_\_

Anfragedatum (tt.mm.jjjj): \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

---

**Hilfsmittel zum Verbrauch (Leistung der Pflegekasse 42,00 Euro nach §40 SGB XI)**

vorhanden                                  ProDomoBox bestellen                                  werden selbst besorgt

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

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

<b>Kleidung</b>	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Ankleiden			
Auskleiden			
Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden			ja                  nein
Kleidung muss auf Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden			ja                  nein

Hinweise:

<b>Essen-Trinken</b>	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Selbstständiges Essen			
Selbstständiges Trinken			
Kauen – Schlucken			
PEG Sonde			ja                  nein
Nahrung kleinschneiden			ja                  nein
Nahrung dareichen			ja                  nein

<b>Ernährungszustand</b>	<b>Kostform</b>	<b>Trinkmenge</b>
Normal	Normal	Normal
Unterernährt	Vollwert	Wenig
Adipös	Vegetarisch	Viel
Entwässert	Diabeteskost	zum Trinken animieren

Essen, gerne: \_\_\_\_\_

Essen, nicht gerne: \_\_\_\_\_

Trinken, gerne: \_\_\_\_\_

**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: (keine Garantie)	25 - 35 Jahre	36 - 45 Jahre	> 46 Jahre
--	---------------	---------------	------------

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:

ProDomo Pflegehilfe GmbH, Tannenwaldallee 2, 61348 Bad Homburg v.d.Höhe  
+49 6172 3804187, info@prodomopflegehilfe.de

Gesetzlicher Vertreter/Geschäftsführer:

Ulrich Gelfert, Hyun.-Ho Moon

Datenschutzbeauftragter: nicht erforderlich

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 ProDomo Pflegehilfe 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 ProDomo Pflegehilfe 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 Pro Domo Pflegehilfe GmbH, Tannenwaldallee 2 in 61348 Bad Homburg zu richten, [datenschutz@prodomo-pflegehilfe.de](mailto:datenschutz@prodomo-pflegehilfe.de). 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 ProDomo - Pflegehilfe

---