



### 1. KONTAKTPERSON

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Verwandschaft mit der zu betreuenden Person: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ORT: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. BETREUENDE PERSON

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_  
Gewicht: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ORT: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### 3. ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Pflegegrad:	kein Pflegegrad	1.	2.	3.	4.	5.
	Beantragt	1.	2.	3.	4.	5.

### 4. LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Asthma	Depression	Inkontinenz
Alzheimer	Diabetes	multiple Sklerose
Altersbed. Gehschwäche	Diabetes (insulinpflichtig)	Osteoporose
chronische Durchfälle	Herzinfarkt	Parkinson
Dekubitus	Herzinsuffizienz	Rheuma
Demenz	Hypertonie	Schlaganfall
Stoma	Tumor	re li
Sonstige Krankheiten oder Behinderungen: _____		



# BURDA

*Pflege mit Herz*

## 5. GRUNDSÄTZLICHE FRAGEN

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	Ja	Nein
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	Ja	Nein
Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer?	Ja	Nein
Leidet die zu betreuende Person an die Schlafstörungen?	Ja	Nein
Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?	Ja	Nein
Ist die zu betreuende Person Raucher?	Ja	Nein
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	Ja	Nein
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	Ja	Nein
Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen?	Ja	Nein
Wenn ja, wie oft täglich? Für welche Tätigkeiten?		

\_\_\_\_\_  
Mit wem wohnt die zu betreuende Person zusammen?

Ich erkläre hiermit, dass die zu betreuende Person, und alle Mitbewohner, nicht an ansteckenden Krankheiten leiden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden bzw. Bevollmächtigten

## 6. KOMMUNIKATION

Hören	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Sehen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Sprechen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	
	Sonstige: _____		

## 7. ORIENTIERUNG

Zeitlich	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Örtlich	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Persönlich	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt



## 8. SICH BEWEGEN

Gehen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Stehen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hilfsmittel:	Stock	Dekubitusmatratze	Pflegebett
	Badewannenlift	Nachtstuhl	Rollstuhl
	Rollator	Sonstige_____	

## 9. HYGIENE

Duschen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hautpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Mundpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Haarpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Intimpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Handpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Fußpflege	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Rasieren	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

## 10. ESSEN UND TRINKEN

Essen	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Trinken	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Kauen, Schlucken	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Ernährungszustand		Normal Fettleibig	Unterernährt Entwässert
Kost		Normal Vegetarisch Sonderkost	Diabetes Vollwert
PEG Sonde		Ja	Nein



## 11. AUSSCHIEDUNGEN

Urininkontinenz	ja	nein	gelegentlich
Stuhlinkontinenz	ja	nein	gelegentlich
Hilfsmittel:	Blasenkatheter		Urinflasche
	Windeln		Vorlagen

## 12. SICH KLEIDEN

Ankleiden	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Auskleiden	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt

## 13. SCHLAFEN

Einschlafstörungen	Ja	Nein
Durchschlafstörungen	Ja	Nein
Medikamente:	_____	
	_____	

## 14. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

Ergotherapie	Ja	Nein
Musiktherapie	Ja	Nein
Logopädie	Ja	Nein
Krankengymnastik	Ja	Nein

## 15. HOBBY UND CHARAKTER/ ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN

Beschreiben Sie bitte in ein paar Worten den Charakter der zu betreuenden Person:

---

---

---

---

---



# BURDA

*Pflege mit Herz*

## 16. ANGABEN ZUR GEWÜNSCHTEN BETREUNGSKRAFT

Geschlecht                      Frau                      Mann                      Irrelevant

Alter                      von/bis: \_\_\_\_\_ Jahre                      Irrelevant

Kann der Betreuungskraft ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? (Wenn nicht, kann die Leistung nicht erbracht werden)

Ja                      Nein

Soll der Betreuer/die Betreuerin Nichtraucher(in) sein?

Ja                      Irrelevant

Soll der Betreuer/die Betreuerin Führerschein besitzen?

Ja                      Nicht nötig

Andere gewünschte Kompetenzen: \_\_\_\_\_

Vorgesehene Einsatzdauer: \_\_\_\_\_ Einsatzbeginn \_\_\_\_\_

## 17. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT DER BETREUUNGSKRAFT

kochen              einkaufen gehen              Wäsche waschen              bügeln  
Freizeit              spazieren gehen              Auto fahren              Arztbesuche  
Haustiere versorgen (welche) \_\_\_\_\_

## 18. BESCHREIBUNG DER UNTERKUNFT

Großstadt                      Kleinstadt                      Ländlich/Dorf  
In einem Mehrfamilienhaus              Einfamilienhaus              Mit Garten  
Wohnungs-/Hausgröße: ca. \_\_\_\_ qm      Anzahl der Wohnräume: \_\_\_\_\_  
Zugang zur Wohnung (Treppen, Aufzug, ebenerdig): \_\_\_\_\_  
Haustiere: \_\_\_\_\_ Sonstige: \_\_\_\_\_

Zimmerausstattung für die Betreuungskraft

Eigenes Bad                      Radio                      Bett  
TV                      Schrank                      Tisch  
Internetzugang                      Computer

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

ca. 10 Min.      ca. 20 Min.      ca. 30 Min      Wird von der Familie erledigt



## 19. SPRACHKENNTNISSE DER BETREUUNGSKRAFT

Der Preis ist abhängig von dem Pflegegrad der zu betreuenden Person, dem Leistungsaufwand wie auch den Qualifikationen und Sprachkenntnissen der Betreuerin.

### **Kaum Deutsch**

Mit Geduld können Sie Geld sparen. Wenn Sie der Betreuungskraft Zeit geben und nicht große Spracherwartungen haben, wird es für Sie zum Vorteil. Die Betreuungskraft spricht und versteht Internationalismen und macht sich auch mithilfe von nonverbaler Kommunikation verständlich.

### **Grundsprachkurs absolviert**

Die Betreuungskraft versteht alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze. Sie antwortet mit Einzelwörter. Sie verfügt über einen Grundwortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

### **Ausreichendes Deutsch**

Diese Betreuungskraft kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden. Sie versteht einfache Fragen und kann diese auch beantworten. Sie verfügt über einen ausreichenden Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

### **Kommunikatives Deutsch**

Diese Betreuungskraft kommuniziert in einfachen Sätzen. Sie kann sich so verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Sie verfügt über einen erweiterten Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

### **Gutes Deutsch**

Die Verständigung funktioniert ohne Probleme und in vollen Sätzen. Meistert die Alltagssituationen und Gespräche und zeigt einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache. Sie verfügt über einen umfangreichen Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.

### **Sehr gutes Deutsch**

Die Kommunikation verläuft ganz leicht, fließend. Diese Betreuungskraft verfügt oft über andere Betreuungskompetenzen wie große Erfahrung oder Schulungen in der Alten-, Krankenpflege.

Beachten Sie bitte, dass die jeweiligen sprachlichen Kompetenzen einer Betreuungskraft im großen Maße von ihrer Persönlichkeit und Erfahrung abhängig ist.



Haben Sie schon eine Pflegebetreuung beschäftigt?	Ja	Nein
Falls ja, auf welche Weise wurde die Person vermittelt?	Personalagentur	Privat

Wie sind Sie auf DE-Beste Pflege aufmerksam geworden?

Internet	Sozialstation	Pflegedienst
Pflegestützpunkt	Empfehlung	Krankenhaus/Arzt

Wie möchten Sie Ihre Rückantwort erhalten?

E-Mail	Telefon
--------	---------

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?

---

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

### **Datenschutzerklärung /Einverständniserklärung**

Hiermit willige ich in die Erhebung, Verarbeitung der von mir oben angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch Burda – Pflege mit Herz zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

Eine Datenerhebung sowie Datenverarbeitung ist nur gestattet, wenn Sie den Betreuungsfragebogen ausdrucken und die Datenschutzerklärung unterzeichnen. Fehlt Ihre Unterschrift, darf Burda – Pflege mit Herz u.a. Ihre Daten nicht an den Partner weiterleiten; ihre Daten werden gelöscht. Wir bitten um Ihr Verständnis.

### **Einverständnis zu Marketingzwecken**

Meine personenbezogenen Daten werden an Burda – Pflege mit Herz 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

Ich bin damit nicht einverstanden

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde

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 Burda – Pflege mit Herz

Die Daten werden zum Zweck der Betreuungsdienstleistungen verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des obengenannten Zwecks und zum Schutz Ihrer Gesundheit. Sie haben das Auskunfts- und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.