

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen

Ansprechpartner: Rückfragen unter: Datum:

Fragebogen

Persönliche Angaben

Beginn der Leistung

☐ Fixtermin☐ circa-Angabe
Angaben zu betreuenden Person (falls mehr Personen zur Betreuung gewünscht sind, bitte ein Formular pro Person ausfüllen)

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobil-Nummer

Geburtsdatum

Raucher

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Pflegegrad

Lebt die zu betreuende Person alleine?

Wenn nein: Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig?

Wenn ja, bitte einen zweiten Befragungsbogen ausfüllen

Sollen Haustiere mitversorgt werden?

Um welche Tiere handelt es sich?

Angaben zu Kontaktperson

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

Mobil-Nummer

E-Mail Adresse

Beziehungsebene zur betreuenden Person?

☐ Ehepartner/in☐ Tochter/Sohn☐ Enkel/in☐ Gesetz. Betreuer/in☐ Andere

Wer wird Vertragspartner?

Wer wird Rechnungsempfänger?

Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen

Diagnosen

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| ☐ Lähmung | ☐ Krebs | ☐ Dekubitus | ☐ beginnende Demenz |
| ☐ Demenz | ☐ Gehschwäche | ☐ Asthma | ☐ Diabetes |
| ☐ Diabetes insulinpflichtig | ☐ Schlaganfall | ☐ Osteoporose | ☐ Herzrhythmusstörung |
| ☐ Rheuma | ☐ Alzheimer | ☐ COPD | ☐ Herzinsuffizienz |
| ☐ Depression | ☐ chronische Durchfälle | ☐ Hypertonie | ☐ Inkontinenz |
| ☐ Parkinson | ☐ Tumor | ☐ Herzinfarkt | ☐ |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Ansteckende Krankheiten | <input type="text"/> | |
| ☐ Allergien | <input type="text"/> | | |

Sonstige Diagnosen

Urinkontrolle

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| ☐ kontinent | ☐ Teilw. inkontinent | ☐ inkontinent |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|

Hilfsmittel

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ Windeln | ☐ Vorlagen | ☐ Urinflasche | ☐ Katheter | ☐ Suprapubischer Katheter |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|

Stuhlkontrolle

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| ☐ Kontinent | ☐ Teilw. inkontinent | ☐ inkontinent |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|

Probleme in der Kommunikation

- | | | | |
|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Sprache | ☐ keine | ☐ mäßige | ☐ massive |
| Hörvermögen | ☐ keine | ☐ mäßige | ☐ massive |
| Sehkraft | ☐ keine | ☐ mäßige | ☐ massive |
| Hilfsmittel | ☐ Brille | ☐ Hörgerät | |

Anmerkungen

Probleme in der Orientierung

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Zeitliche | ☐ keine | ☐ gelegentlich | ☐ massive |
| Örtliche | ☐ keine | ☐ gelegentlich | ☐ massive |
| Persönliche | ☐ keine | ☐ gelegentlich | ☐ massive |
| Situative | ☐ keine | ☐ gelegentlich | ☐ massive |
| Bewusstsein (Gedächtnis) | ☐ keine | ☐ gelegentlich | ☐ massive |
| Auswahl der Kleidung | ☐ keine | ☐ gelegentlich | ☐ massive |

Anmerkungen

Motorische Einschränkungen

	selbständig	bedingt selbständig	teil. unselbständig	unselbständig
Hinlegen - Aufstehen	☐	☐	☐	☐
Hinsetzen - Aufstehen	☐	☐	☐	☐
Stehen	☐	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐	☐
Umgang mit Gehhilfen	☐	☐	☐	☐
Umgang mit Rollstuhl	☐	☐	☐	☐
Transfer (Umsetzen)	☐	☐	☐	☐
Lagern im Bett (Umdrehen)	☐	☐	☐	☐

Anmerkungen

Hilfsmittel

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Gehstock | ☐ Toilettensitzerhöhung | ☐ Dekubitusmatratze |
| ☐ Rollator | ☐ Toilettensstuhl | ☐ Pflegebett |
| ☐ Patientenlifter | ☐ Durchstuhl/-hocker | ☐ Treppenlift |
| ☐ Rollstuhl | ☐ Badewannenlifter | |

Anmerkungen

An-/ Auskleiden

- ☐ selbständig
 ☐ mit Hilfe
 ☐ vollständig hilfsbedürftig

Toilettengänge

- ☐ selbständig
 ☐ mit Unterstützung

Körperpflege

	selbständig	bedingt selbständig	teil. unselbständig	unselbständig
Waschen am Waschecken	☐	☐	☐	☐
Waschen im Bett	☐	☐	☐	☐
Mund-/Zahn-/Prothesenpflege	☐	☐	☐	☐
Intimpflege n. Ausscheidung	☐	☐	☐	☐
Haarpflege	☐	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐	☐
Hautpflege	☐	☐	☐	☐
Nagel-/Fußpflege	☐	☐	☐	☐

Körperpflege

Baden/Duschen

☐☐☐☐

wie oft pro Woche?

Anmerkungen

Nahrungsaufnahme

Probleme beim Essen

☐

ja

☐

nein

Kau-/Schluckstörungen

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, welche?

PEG-Sonde

☐

ja

☐

nein

Diätvorschriften

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, welche Diäten?

Probleme beim Trinken

☐

ja

☐

nein

Trinkmenge

☐

normal

☐

braucht Anregung

Anmerkungen

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt

☐

selbständig

☐

unter Aufsicht

☐

unselbständig

Nachtruhe

Nachtruhe

von ca. Uhrbis ca. Uhr

Schläft durch

☐

ja

☐

nein

Wenn nein, steht wie häufig nachts auf?

☐

1 Mal

☐

2-3 Mal

☐

mehr als 3 Mal

Wenn nein, benötigt Unterstützung?

☐

ja

☐

nein

Werden Schlafmittel eingenommen?

☐

ja

☐

nein

Anmerkungen

Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie?

☐

ja

☐

nein

☐ Pflegedienst☐ Physiotherapie☐ Logopädie☐ Ergotherapie☐ Tagespflege

Sonstige Therapien

Freizeit und Beschäftigung

Aktivitäten/ Betreuung	Anmerkungen zu Aktivitäten/ Betreuung
☐ Spazieren gehen	
☐ Unterhalten	
☐ Sport/Gymnastik	
☐ Ausflüge	
☐ Termine außer Haus	
☐ Sonstiges	

Gewünschte Hausarbeiten	Anmerkungen
☐ Einkauf Lebensmittel	
☐ Reinigung Haus/ Wohnung	
☐ Reinigung Wäsche	
☐ Versorgung Haustiere	
☐ Gartenpflege	
☐ Kochen	
☐ Bügeln	
☐ Fensterputzen	
☐ Sonstiges	

Wesen und Charakter

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter? (lieb, ruhig, aufgeschlossen, anspruchsvoll o.ä.)

Wohnsituation der zu betreuenden Person**Wohnlage**

☐ Stadt - zentral ☐ Stadt - abgelegen ☐ Dorf ☐ Ländlich

Wohnumgebung

☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung ☐ Sonstige

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.:

☐ unter 15 Min. ☐ unter 30 Min. ☐ mehr als 30 Min.

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft

☐ Eigenes Zimmer ☐ Einliegerwohnung

☐ Eigenes Bad ☐ Eigenes Bett ☐ Tisch ☐ Schrank ☐ Radio

☐ TV ☐ Computer ☐ Internetzugang

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht ☐ keine Präferenz ☐ Frau ☐ Mann

Sprachkenntnisse ☐ keine Präferenz

☐ ausreichend ☐ befriedigend ☐ gut

Führerschein ☐ keine Präferenz ☐ nein ☐ ja, mit Fahrpraxis

Wenn Auto vorh. ☐ Schaltgetriebe ☐ Automatikgetriebe

Marke/ Modell

Alter in Jahren ☐ keine Präferenz

☐ Alterswunsch ☐ 20-30 ☐ 40-50

☐ 30-40 ☐ älter als 50

Raucher/in ☐ keine Präferenz (geraucht wird grundsätzlich im Außenbereich)

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, handelt es sich um einen Raucherhaushalt? ☐ ja ☐ nein

Erwartungen

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Betreuungsdienste genutzt werden.

Unterschrift

Protokoll zur Tagesstruktur

Anhang 1

Tagesstruktur der zu betreuenden Personen

Tätigkeit	Uhrzeit (ca.)
Aufstehen	
Morgenhygiene	
Frühstück	
Mittagessen	
Mittagsruhe	
Abendessen	
Abendhygiene	
Nachtruhe	
Sonstiges	

Freizeitmöglichkeiten für die Betreuung (ohne Rufbereitschaft)

	Tage	Uhrzeit (ca.)
Tagsüber		
Am Wochenende		
Sonstiges		