

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**

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

**Sonstige Diagnosen**

**Urinkontrolle**

- |                                    |   |                                      |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kontinent | <input type="checkbox"/> Teilw. inkontinent | <input type="checkbox"/> inkontinent |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|

**Hilfsmittel**

- |                                  |                                   |                                      |                                   |  |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Vorlagen | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter |
|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|

**Stuhlkontrolle**

- |                                    |   |                                      |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontinent | <input type="checkbox"/> Teilw. inkontinent | <input type="checkbox"/> inkontinent |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|

**Probleme in der Kommunikation**

- |             |                                 |                                   |                                  |
|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Sprache     | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> mäßige   | <input type="checkbox"/> massive |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> mäßige   | <input type="checkbox"/> massive |
| Sehkraft    | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> mäßige   | <input type="checkbox"/> massive |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät |                                  |

Anmerkungen

**Probleme in der Orientierung**

- |                          |                                |                                       |                                  |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Zeitliche                | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Örtliche                 | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Persönliche              | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Situative                | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Bewusstsein (Gedächtnis) | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |
| Auswahl der Kleidung     | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> massive |

Anmerkungen

**Motorische Einschränkungen**

	selbständig	bedingt selbständig	teil. unselbständig	unselbständig
Hinlegen - Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen - Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer (Umsetzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern im Bett (Umdrehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen

Hilfsmittel

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehstock        | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Rollator        | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl        | <input type="checkbox"/> Pflegebett        |
| <input type="checkbox"/> Patientenlifter | <input type="checkbox"/> Durchstuhl/-hocker    | <input type="checkbox"/> Treppenlift       |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl       | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter      |  |

Anmerkungen

**An-/ Auskleiden**

- selbständig     
  mit Hilfe     
  vollständig hilfsbedürftig

**Toilettengänge**

- selbständig     
  mit Unterstützung

**Körperpflege**

	selbständig	bedingt selbständig	teil. unselbständig	unselbständig
Waschen am Waschecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahn-/Prothesenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege n. Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagel-/Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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.  Uhr bis 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

Kochen

Bügeln

Sonstiges und weitere Wünsche

**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 nur zur Durchführung der Betreuungsdienste genutzt werden.

# Protokoll zur Tagesstruktur

Anhang 1

## Tagesstruktur der zu betreuenden Personen

Tätigkeit	Uhrzeit (ca.)
Aufstehen	<input type="text"/>
Morgenhygiene	<input type="text"/>
Frühstück	<input type="text"/>
Mittagessen	<input type="text"/>
Mittagsruhe	<input type="text"/>
Abendessen	<input type="text"/>
Abendhygiene	<input type="text"/>
Nachtruhe	<input type="text"/>
Sonstiges	<input type="text"/>

## Freizeitmöglichkeiten für die Betreuung (ohne Rufbereitschaft)

	Tage	Uhrzeit (ca.)
Tagsüber	<input type="text"/>	
Am Wochenende	<input type="text"/>	
Sonstiges	<input type="text"/>	