

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 Telefonnummer Geburtsdatum Größe (cm) Pflegegrad Ort Mobil-Nummer Raucher Gewicht (kg) 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 Telefonnummer E-Mail Adresse Ort Mobil-Nummer

Beziehungsebene zur betreuenden Person?

 Ehepartner/in Tochter/Sohn Enkel/in Gesetz. Betreuer/in AndereWer 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"/> |

KörperpflegeBaden/Duschen wie oft pro Woche? Anmerkungen Soll die Betreuungskraft das Duschen übernehmen? Ja Nein **Nahrungsaufnahme**Probleme beim Essen ja neinKau-/Schluckstörungen ja neinWenn ja, welche? PEG-Sonde ja neinDiätvorschriften ja neinWenn ja, welche Diäten? Probleme beim Trinken ja neinTrinkmenge normal braucht AnregungAnmerkungen **Medikamenteneinnahme**Einnahme erfolgt selbständig unter Aufsicht unselbständig**Nachtruhe**Nachtruhe von ca. Uhr bis ca. UhrSchläft durch ja neinWenn nein, steht wie häufig nachts auf? 1 Mal 2-3 Mal mehr als 3 MalWenn nein, benötigt Unterstützung? ja neinWerden Schlafmittel eingenommen? ja neinAnmerkungen **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 |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spazieren gehen | |
| <input type="checkbox"/> Unterhalten | |
| <input type="checkbox"/> Sport/Gymnastik | |
| <input type="checkbox"/> Ausflüge | |
| <input type="checkbox"/> Termine außer Haus | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

| Gewünschte Hausarbeiten | Anmerkungen |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Einkauf Lebensmittel | |
| <input type="checkbox"/> Reinigung Haus/ Wohnung | |
| <input type="checkbox"/> Reinigung Wäsche | |
| <input type="checkbox"/> Versorgung Haustiere | |
| <input type="checkbox"/> Kochen | |
| <input type="checkbox"/> Bügeln | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges und weitere Wünsche | |
| <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></div> | |
| <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></div> | |

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 personenbezogene Unterschrift und 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"/> | |

Datenschutz-Einwilligungserklärung gegenüber

„Hand in Hand 24 GmbH“

Ihre Daten werden von „**Hand in Hand 24 GmbH**“ vertraulich behandelt.
Der Schutz Ihrer Privatsphäre ist bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten für uns ein wichtiges Anliegen, das wir bei unseren Geschäftsprozessen immer berücksichtigen.

1. Warum erfassen und nutzen wir Ihre Daten?

Wir erfassen und nutzen Ihre Daten zu folgenden Zwecken:

- Zur Abwicklung von Abrechnungen mit Kranken- und Pflegekassen.
- Zur Kommunikation mit Ihnen und zur Beantwortung Ihrer Anfragen.
- Zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen.

Freiwillige Zustimmung bezüglich der personenbezogenen Daten:

Vorname(n) :

Nachname(n) :

Adresse :

E-Mail :

Nach-und Vorname(n) der unterstützungsbedürftigen Person:

2. Sicherheit Ihrer Daten

Wir ergreifen angemessene technische und organisatorische Maßnahmen, um Ihre Daten vor unbefugtem Zugriff, Verlust oder Missbrauch zu schützen.

3. Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Übertragung Ihrer Daten. Sie können Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit schriftlich widerrufen.

Zustimmung im Zusammenhang mit der Leistungserbringung bezüglich der Daten des/der Unterstützungsbedürftigen:

Ich stimme der Weitergabe von gesundheitsbezogenen Daten der unterstützungsbedürftigen Person () zu, soweit dies im Rahmen der Betreuung bzw. Dienstleistungserbringung notwendig ist bzw. wird.

Ja

Nein

Zustimmung bezüglich der Datennutzung zu weiteren Zwecken:

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in Form der Vor- und Nachnamen, des Wohnortes, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Faxnummer durch Hand in Hand 24 GmbH im Rahmen der Kontaktaufnahme per E-Mail, SMS, Telefon (d. h. unter Einsatz von Telekommunikationsendgeräten und automatischen Anrufsystemen) zu.

Ja

Nein

4. Kontakt

Wenn Sie Fragen zu Ihrer Datenschutzerklärung oder Ihren Datenschutzrechten haben, kontaktieren Sie bitte:

Hand in Hand 24 GmbH

Wallpromenade 17

48231 Warendorf

Telefonnummer: 02581 634565

Faxnummer: 032221378025

Email: info@betreuungshilfe24.de

Datum / Unterschrift: