Fragebogen zum Betreuungsbedarf

Pflegevermittlung
betreut-gepflegt-24.de

Dieser Fragebogen ist die Grundlage unseres Qualitätsanspruchs und dient gleichzeitig der Kostenermittlung für Ihre 24-Stunden-Betreuung zu Hause. Ohne diese ausführlichen Informationen ist eine am tatsächlichen Bedarf und Ihren Wünschen orientierte Betreuung nicht realisierbar. **Bitte speichern Sie die Datei zuerst ab und füllen den Fragebogen am PC vollständig aus.** Per E-Mail bitte die ausgefüllte Datei als Anhang senden. Gerne unterstützen wir Sie dabei telefonisch oder im persönlichen Gespräch.

Beginn der Betreuung: ☐ fix:_____ ☐ ca.: _____

Persönliche Angaben

Angaben zur hilfebedürftigen Person

Vorname:_____ Nachname:_____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum:_____ Größe (cm):_____ Gewicht (kg): _____

Telefon-Nr.:_____ Mobil-Nr.:_____

E-Mail-Adresse:_____

Wohnt die zu betreuende Person allein? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein: Ist der/die Mitbewohner/in ebenfalls hilfebedürftig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Bitte füllen Sie für diese Person die Seiten 1 bis 7 separat aus.

Handelt es sich um eine Anfrage für Sie selbst? ☐ ja ☐ nein

Angaben zur Kontaktperson

Vorname:_____ Nachname:_____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort:_____

Telefon-Nr.:_____ Mobil-Nr.:_____

E-Mail-Adresse:_____

Verwandtschaftsgrad bzw. Beziehung zur hilfebedürftigen Person:

☐ Ehepartner/in ☐ Kind ☐ Enkel/in ☐ gesetzlicher Betreuer/in

Andere:_____

Fragen zur gesundheitlichen Situation, Teil 1

Pflegevermittlung
betreut-gepflegt-24.de

1. Diagnosen

☐ Allergien	☐ Alzheimer	☐ Asthma	☐ COPD
☐ Dekubitus	☐ Demenz leicht	☐ Demenz schwer	☐ Depression
☐ Diabetes	☐ Diabetes mit Insulinpflicht		☐ Durchfall chronisch
☐ Gehschwäche	☐ Herzinfarkt	☐ Herzinsuffizienz	☐ Herzrhythmusstörungen
☐ Hypertonie	☐ Inkontinenz	☐ Multiple Sklerose	☐ Osteoporose
☐ Parkinson	☐ Rheuma	☐ Schlaganfall	☐ Stoma
☐ Tumor			

Weitere Diagnosen: _____

_____

2. Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt:	☐ selbstständig	☐ unter Aufsicht	☐ mit Dritten
Wer reicht Medikamente?	☐ Angehörige	☐ Pflegedienst	☐ _____

Anmerkungen: _____

3. Probleme in der Kommunikation

Sprache	☐ keine	☐ mäßige	☐ große Probleme
Hörvermögen	☐ keine	☐ mäßige	☐ große Probleme
		☐ mit Hörgerät versorgt	
Sehkraft	☐ keine	☐ mäßige	☐ große Probleme
		☐ mit Brille versorgt	

Anmerkungen: _____

4. Probleme in der Orientierung

Zeitliche	☐ keine	☐ zeitweise	☐ große Probleme
Örtliche	☐ keine	☐ zeitweise	☐ große Probleme
Persönliche	☐ keine	☐ zeitweise	☐ große Probleme
Situative	☐ keine	☐ zeitweise	☐ große Probleme

Anmerkungen: _____

5. Aktuelle Therapien

Befindet sich der/die Hilfebedürtigte in Therapie? ☐ nein ☐ ja, welche?

☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie

andere: _____

Anmerkungen: _____

Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen, Teil 2

Pflegevermittlung
betreut-gepflegt-24.de

6. Hilfe bei motorischen Einschränkungen

Bewegung	☐ keine	☐ überwiegend im Rollstuhl		
	☐ bettlägerig	☐ benötigt Unterstützung		
Unterstützung beim	☐ Stehen ☐ Gehen	☐ Hinsetzen/Aufstehen	☐ Hinlegen/Aufstehen	
	☐ Umgang mit Gehhilfen	☐ Umgang mit Rollstuhl	☐ Lagern im Bett	
Treppensteigen	☐ keine	☐ benötigt Unterstützung	☐ nicht möglich	
Transfer/Umsetzen	☐ keine	☐ benötigt Unterstützung	☐ voll hilfebedürftig	
(z.B. Rollstuhl)	☐ bettlägerig			
	geschätzte Anzahl der Einzel-Transfers pro Tag: _____			

Anmerkungen: _____

7. Vorhandene Hilfsmittel

☐ Badewannenlifter	☐ Dekubitusmatratze	☐ Hausnotrufsystem
☐ Duschstuhl/-hocker	☐ Gehstock	☐ Patienten-Lifter
☐ Pflegebett	☐ Rollator	☐ Rollstuhl
☐ Toilettensitzerhöhung	☐ Toilettenstuhl	☐ Treppenlift

Andere Hilfsmittel: _____

Anmerkungen: _____

8. Körperhygiene

	Selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht	☐	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐	☐
Zahnprothesenpflege	☐	☐	☐	☐
Oberkörper	☐	☐	☐	☐
Gesäß/Beine	☐	☐	☐	☐
Intimpflege	☐	☐	☐	☐
Haare kämmen	☐	☐	☐	☐
Haare waschen	☐	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐	☐
Hautpflege	☐	☐	☐	☐
Nagelpflege	☐	☐	☐	☐
An-/Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Baden/Duschen	☐	☐	☐	☐
Häufigkeit Baden/Duschen		☐ 2x pro Woche	☐ _____ mal pro Woche	

Anmerkungen (Kurzbeschreibung der IST-Situation):

_____

_____

_____

Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen, Teil 3

Pflegevermittlung
betreut-gepflegt-24.de

9. Kontinenz-Situation

Urinkontrolle	☐ kontinent	☐ teilweise inkontinent	☐ inkontinent
Stuhlkontrolle	☐ kontinent	☐ teilweise inkontinent	☐ inkontinent
	☐ chronischer Durchfall		
Hilfsmittel	☐ Urinflasche	☐ Vorlagen	☐ Windeln
	☐ Katheter	☐ suprapubischer Katheter	☐ Urinalkondom

Andere Hilfsmittel: _____

Anmerkungen: _____

_____

10. Nahrungsaufnahme

Diät	☐ ja, welche: _____		☐ nein
Essen	☐ selbstständig	☐ benötigt Hilfe	☐ komplett hilfebedürftig
Trinken	☐ selbstständig	☐ benötigt Hilfe	☐ komplett hilfebedürftig
Kau- und Schluck-Störungen		☐ keine	☐ allgemeine
	☐ Nahrungskarenz	☐ Trinkkarenz	☐ PEG Sonde

Anmerkungen: _____

_____

_____

11. Gewöhnliche Nachtruhe von ca. _____ Uhr bis ca. _____ Uhr

Einschlafprobleme	☐ ja	☐ nein	
bekommt Schlafmittel	☐ ja	☐ nein	
Durchschlafprobleme	☐ keine	☐ sporadische Probleme	☐ regelmäßige Probleme
	Benötigt nachts Hilfe?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, wie oft?	☐ einmal	☐ zweimal	_____ mal

Anmerkungen: _____

_____

_____

_____

Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen, Teil 4

Pflegevermittlung
betreut-gepflegt-24.de

12. Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z.B. MRSA/ORSA bekannt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

_____

Wo? _____

_____

13. Wesen und Charakter

Kurzbeschreibung Wesen/Charakter, evtl. biografische Herkunft (Kriegsvertriebene/r)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fragen zur Pflegesituation und Betreuung, Teil 1

Pflegevermittlung
betreut-gepflegt-24.de

14. Pflegesituation

Welchen Pflegegrad hat der Hilfebedürftige? ☐ ohne ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Wurde eine Höherstufung beantragt? ☐ ja ☐ nein

Wurde bereits eine eingeschränkte Alterskompetenz festgestellt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche Stufe? ☐ 1 ☐ 2

Kommt ein Pflegedienst? ☐ ja. Wie oft täglich? _____ ☐ nein

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst erbringen?

_____

Geht die hilfebed.Person in eine Tagespflege? ☐ ja, wie oft? _____ ☐ nein

Gibt es eine Haushaltshilfe? ☐ ja, wie oft? _____ ☐ nein

Anmerkungen: _____

_____

15. Gestaltung Tagesablauf

Tagesgestaltung ☐ selbsständig ☐ unter Anleitung

Beschäftigt sich ☐ selbsständig ☐ unter Anleitung

Erlernter Beruf _____

Aktivitäten außerhalb der Wohnung:

_____

_____

_____

Gewohnheiten im Tagesrhythmus:

_____

_____

_____

Beschreibung zu Hobbys und besonderen Interessen (auch früheren):

_____

_____

_____

Fragen zur Pflegesituation und Betreuung, Teil 2

Pflegevermittlung betreut-gepflegt-24.de

16. Aufgaben der Betreuungskraft

Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

	generell	hin und wieder	nicht
Grundpflege (siehe Punkt 8 - 11)	☐	☐	☐
Bügeln	☐	☐	☐
Einkaufen	☐	☐	☐
Kochen	☐	☐	☐
Putzen	☐	☐	☐
Wäsche waschen	☐	☐	☐
Begleitung (z.B. Arzt)	☐	☐	☐
Haustierversorgung	☐	☐	☐

Welche Art Haustier soll versorgt werden? _____

Welche weiteren Aufgaben sollen im Haushalt erbracht werden?

_____

Anmerkungen: _____

_____

_____

Fragen zur Wohnsituation der/des Hilfebedürftigen

17. Wie ist die derzeitige Wohnsituation?

Wohnlage ☐ Stadt, Zentrum ☐ Stadt, Außenbezirk ☐ Kleinstadt ☐ Dorf

Wohnsituation ☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung

_____ Zimmer-Wohnung mit ca. _____ qm Wohnfläche

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.: ☐ 15 Min. ☐ 30 Min. ☐ mehr als 30 Min.

Wie sollen Großeinkäufe/Getränkeeinkäufe organisiert werden?

☐ gemeinsam mit Familie/Bekannten/Nachbarn

☐ _____

Wird in der Wohnung geraucht? ☐ ja ☐ nein

Ist die/der Hilfebedürftige Raucher/in? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen: _____

_____

_____

Wünsche und Angebote an das Personal

Pflegevermittlung betreut-gepflegt-24.de

18. Nationalität ☐ egal ☐ Polen
☐ andere: _____

19. Geschlecht ☐ egal ☐ männlich ☐ weiblich

20. Sprachkenntnisse ☐ egal
☐ geringe ☐ mittlere ☐ gute

21. Alter in Jahren ☐ egal ☐ 25-30 ☐ 30-40 ☐ 40-50 ☐ 50-65

22. Führerschein ☐ egal ☐ ja ☐ nein

23. Raucher/in ☐ egal ☐ ok, nur draußen ☐ unerwünscht

24. Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft (Bett, Tisch u. Schrank sind Voraussetzung)
☐ TV ☐ eigenes Bad

Anmerkungen: _____

25. Die private Telefon-Nutzung durch die Betreuungskraft ist wie folgt möglich?
☐ bis zu 10,- €/Monat ☐ per sog. Countryflat (ca. 5,- €/Monat) ☐ Internet-Stick/WLAN
Andere Möglichkeiten: _____

26. Beschreiben Sie kurz Ihre Erwartungen an die Betreuungskraft:

_____

27. Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

_____

☐ Ich gebe mit meiner Unterschrift mein ausdrückliches Einverständnis, dass „betreut-gepflegt-24.de“ die in diesem Fragebogen enthaltenen, persönlichen Daten zur/m Hilfebedürftigen und zu mir als Kontaktperson im Rahmen der Abwicklung dieser Anfrage verwenden darf. Für die Bearbeitung meiner Anfrage dürfen diese Daten an Vertragspartner weitergegeben werden. Aufgrund meiner Angaben wird mir „betreut-gepflegt-24.de“ ein Vertragsangebot/Personalvorschlag zur Entsendung einer Betreuungskraft des/der Hilfebedürftigen unterbreiten.
Ich versichere, die Befugnis zur Weitergabe/Weiterleitung der angegebenen Daten über den/die Hilfebedürftigen zu haben.

☐ Ich akzeptiere die Datenschutzerklärung und bestätige, dass alle Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (Vor- und Nachname)