

FRAGEBOGEN

1. ZU BETREUENDE PERSON:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____

Größe und Gewicht: _____

Pflegedienst:

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst:

- Ja
- Nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiter in Anspruch genommen werden?

- Ja
- Nein

Pflegegrad:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Kein

In Beantragung

Leben weitere Personen im Haushalt z. B. Ehemann/ Ehefrau, Angehörige?

- Ja, _____
- Nein

Muss eine dieser Person ebenfalls betreut werden?

- Ja
- Nein

Falls ja: Name, Vorname _____

Alter: _____ Geburtsdatum: _____

Pflegegrad:

- Keine
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- In Beantragung

Bestünden dieser Person gegenüber dieselben Pflegeleistungen?

- Ja
- Nein

2. GESUNDHEITZUSTAND DER ZUBETREUENDEN PERSON:

Wie ist die Mobilität der zu betreuenden Person?

- Uneingeschränkte Mobilität
- Leicht gehbehindert
- Rollator fähig
- Rollstuhlfähig
- Bettlägerig

Welche Hilfsmittel benötigt die zu betreuenden Person?

- Rollator
- Hebegürtel
- Rollstuhl
- Hebe-Sitz
- Badewannensitz
- Patientenlift
- Toilettenstuhl

Andere Hilfsmittel:

Wie ist der geistige Zustand der zu betreuenden Person?

- Klar
- Teilnahmslos
- Apathisch
- Verwirrt

- Aggressiv

Um welche Krankheiten handelt es sich bei der zu betreuenden Person?

- Altersbedingte Gehschwäche
- Asthma
- Beginnende Demenz
- Diabetes
- Dekubitus
- Demenz
- Herzrhythmusstörung
- Herzinsuffizienz
- Hypertonie
- Herzinfarkt
- Osteoporose
- Rheuma
- Stoma
- Inkontinenz
- Alzheimer
- Parkinson
- Depression
- Multiple Sklerose
- Chronische Durchfälle
- Zustand nach dem Sturz
- Tumor/Krebserkrankungen:

- Schlaganfall: _____

- Sonstige: _____

- Allergien
-

Charakterisieren Sie bitte die zu betreuende Person in folgenden Bereichen:

Körperpflege:

- Selbständig
- Teilweise selbstständig
- Unter Anleitung
- Komplette Unterstützung

Baden/ Duschen:

- Selbstständig
- Braucht Hilfe
- Komplett hilfsbedürftig

An-/ Auskleiden:

- Selbstständig, inkl. Schuhe anziehen
- Braucht Hilfe
- Komplett hilfsbedürftig

Essen/ Trinken:

- Selbstständig
- Braucht Hilfe
- Komplett hilfsbedürftig

Toilettenbenutzung:

- Selbständig, benötigt keine Hilfe
- Benötigt Hilfe
- Abhängig von fremder Hilfe

Mobilität:

- Selbständiges Gehen möglich
- Unterstütztes gehen möglich
- Mit Rollstuhl
- Immobil

Treppensteigen:

- Selbständiges Treppensteigen möglich
- Benötigt Hilfe oder
Überwachung beim Treppensteigen
- Unfähig, allein Treppen zu steigen

Urin

- Kontinent
- Kontrolliert
- Teilweise inkontinent
- Inkontinent

Stuhlkontrolle:

- Kontinent
- Teilweise inkontinent
- Inkontinent

Kau-u. Schluckstörungen:

- Keine
- Hat Störungen
- PEG Sonde
- Nahrungskarenz
- Trinkkarenz

Diät:

- Keine
- Ja welche: _____

Ein-/ Durchschlafen:

- Keine Probleme
- Sporadisch
- Schlaf-/ Wachrhythmus gestört

Aktuelle Therapien:

- Keine Krankengymnastik
- Logopädie

Sonstige:

Beschreiben Sie bitte:

Wesen und Charakter der zu betreuenden Person.

(Hobbys, Tagesablauf, Rituale, Sonstiges, individuelle Hilfestellung)

3. ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRÄFTE UND RAHMENBEDINGUNGEN:

Geschlecht:

Frau

Mann

Egal

Sprachkenntnisse:

Grundkenntnisse

Mittlere Kenntnisse

Gute Kenntnisse

Führerschein:

- Ja
- Nein
- Egal

Welche besonderen Erwartungen stellen Sie an die Betreuungskraft?
(Charakter, Eigenschaften, körperliche Belastbarkeit)

Rahmenbedingungen – Lage:

- Großstadt-zentral
- Großstadt-abgelegen
- Kleinstadt
- Dorf
- Ländlich

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus
- Mehrfamilienhaus
- Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- ca. 10 min.
- ca. 20 min.
- ca. 40 min.
- 1 Stunde
- Länger als eine Stunde

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

- Eigenes Bad
- Bett
- Tisch
- Schrank
- Radio
- TV

Anmerkungen: _____

Arbeitszeit: 38 Stunden/Woche
Freizeit: Nach Absprache

Dauer des Einsatzes:

- 1-2 Monate
3-12 Monate
12 Monate und länger

Geplanter Beginn des Einsatzes:

4. SONSTIGE HILFELEISTUNGEN:

Haustiere:

- Keine
Ja

Welche: _____

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:

- Ja
Nach Bedarf
Nein

Kochen/ Essenvorbereitung:

- Immer
Gelegentlich
Nein

Waschen/Bügeln:

- Immer
Gelegentlich
Nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

- Immer Gelegentlich
Nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:

- Ja
Nein

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz?

Welche weiteren Hilfen benötigt der Patient im Haushalt?

- Hilfe bei der Körperpflege
- Einkaufen gehen
- 24h Rufbereitschaft
- Essen kochen
- An- u. Ausziehen
- Wäsche waschen u. bügeln
- Zum Arzt begleiten
- Putzen/sauber machen
- Spazieren gehen
- Gartenpflege
- Freizeitgestaltung
- Haustiere versorgen

5. WÜNSCHE UND ANREGUNGEN:

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig?

INFORMATIONEN ZUM ANSPRECHPARTNER:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mobil:

Fax:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden:

Internet
Prospekte
Bekannte
Andere
Welche _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen verstanden und gewissenhaft und wahrheitsgenau ausgefüllt habe.

Datum:

Unterschrift: