

Betreuungsfragenbogen

Wichtig:

Diese Seite (Seite 1 von 12) wird **nur** intern verwendet und nicht weitergegeben. Ihre Anfrage wird anonymisiert bearbeitet.

Kontaktperson (Auftraggeber)

Vorname: _____ Name: _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger: Vater Mutter Ehemann

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ E-Mail 2: _____

Vollmacht liegt vor notarielle Vollmacht Gesetzlicher Betreuer

Leistungsempfänger: weiblich männlich

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Sonstiges:

Anonymisiertes Kennzeichen der Anfrage: _____

Anfragedatum: _____

Voraussichtlicher Einsatzbeginn: schnellstmöglich zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: unbefristet bis zum _____

Leistungsempfänger: weiblich männlich

Alter: _____ Jahre Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

PLZ: _____ Ort: _____

Raucherhaushalt: ja nein Patient ist Raucher: ja nein

Weitere Mitglieder im Haushalt: _____

Hauswirtschaftliche Versorgung für 2 Personen? ja nein

Unterstützt das Familienmitglied die Betreuungskraft? ja nein

Benötigt ein weiteres Familienmitglied aktiver Betreuung? ja nein

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Anerkannte Pflegebedürftigkeit

Seit wann? Es ist noch kein Pflegegrad (PG) bestätigt

PG bestätigt PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

PG beantragt PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung ja nein wird abbestellt

Name des Pflegedienstes: _____ Telefon: _____

Wie oft täglich und für welche Tätigkeiten? _____

Hausnotruf? ja nein geplant

Schlüssel hinterlegt? ja nein bei _____

Krankheitsbilder

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> COPD Stufe _____ | <input type="checkbox"/> Multiplen Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Blutverdünnung | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Parkinson seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Demenz (Fortgeschritten) |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |

Hinweise: _____

Wer stellt die Medikamente

- Apotheke Pflegedienst Familie Selbst

Grundsätzliche Fragen

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die zu betreuende Person bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muss die zu betreuende Person gelagert werden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Falls „ja“, welche? _____

- Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche? _____

- Ist der Patient momentan in einer Klinik/Reha? ja nein

- Sind die Angaben ärztlich abgesichert? ja nein

Hinweise: _____

Kommunikation uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise: _____

Hilfsmittel Brille Hörgerät Sonstiges: _____

Orientierung uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise: _____

Mobiles - Gehen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hinweise: _____

Mobiles - Stehen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hinweise: _____

Hilfsmittel Pflegebett Nachtstuhl Dekubitus-Matratze
 Gehstock Rollator Rollstuhl
 Patientenlift Badewannenlift ebenerdige Dusche
 Treppenlift Sonstige: _____

Hinweise: _____

- Transfer**
- nicht benötigt
 - Patient benötigt Unterstützung
 - Patient hilft aktiv mit
 - Patient hilft wenig mit
 - Patient hilft nicht mit
 - muss gehoben werden
 - Transfer nur mit Patientenlift

Hinweise: _____

Hygiene	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient wird im Bett gewaschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand-Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise: _____

	ja	gelegentlich	nein
Ausscheiden	ja		nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel	ja	nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windeln / Panty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzrezept liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise: _____

Hilfsmittel zum Verbrauch (40 Euro)

Vorhanden wird besorgt Hinweise: _____

Kleidung	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung muss ausgesucht und bereitgelegt werden		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kleidung muss auf Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Essen - Trinken	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Selbstständiges Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständiges Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen – Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG Sonde		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nahrung kleinschneiden		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nahrung dareichen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ernährungszustand

- Normal
- Unterernährt
- Adipös
- Normal

Kostform

- Normal
- Vollwert
- Vegetarisch
- Diabeteskost

Trinkmenge

- Normal
- Wenig
- Viel
- zum Trinken animieren

Essen, gerne: _____

Essen, nicht gerne: _____

Trinken, gerne: _____

Ruhen - Schlafen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Einschlafen
Durchschlafen

Medikamente: _____

Zu Bett gehen: ca. _____ Uhr Aufstehen: ca. _____ Uhr Mittagsschlaf: ca. _____ Uhr

Nächtliche Einsätze (Toilettengang)

- Alleine (Hilfe nicht notwendig) Nie bzw. selten (max. 3 x pro Woche)
 Gelegentlich (4-7 x pro Woche) Häufig (mehrmals pro Nacht)

Hinweise: _____

Therapien - Beschäftigung

- Ergotherapie _____ pro Woche _____
 Musiktherapie _____ pro Woche _____
 Beschäftigungstherapie _____ pro Woche _____
 Logopädie _____ pro Woche _____
 Krankengymnastik _____ pro Woche _____
 Tagespflege _____ pro Woche _____
 Ehrenamtliche Helfer _____ pro Woche _____
 Familienmitglieder _____ pro Woche _____

Entlastung und Unterstützung der Betreuungskraft vor Ort bei ihrer Arbeit.

Jeder Mensch benötigt Zeiten, in denen er sich ausruhen und auch mal „abschalten“ kann. Das „Krafttanken“ ist gerade in der Pflege und Betreuung ein wichtiger Faktor. Denn nur wer seine Kräfte regelmäßig regenerieren kann, der kann auch gut pflegen und betreuen.

- An _____ Tagen in der Woche ist ein Familienmitglied für mindestens 1 Stunde vor Ort.
 Nutzung der Entlastungsleistungen (125€ z.B. Ambulanter Pflegedienst, Seniorenbetreuer).
 Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an _____ Tagen in der Woche.

Hobbies - Interessen

- Musik Fernsehen Natur / Garten Spaziergehen
 Spiele Malen Lesen Kreuzworträtsel

Weitere: _____

Wesenszüge

- lieb umgänglich bescheiden geduldig zurückhaltend
 fordernd bestimmend störrisch ungeduldig ängstlich

Weitere: _____

Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: schnellstmöglich zum
Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: schnellstmöglich zum

Gewünschtes Alter: _____ (keine Garantie) Frau Mann Egal

Sprachkenntnisse: einfache mittlere gute sehr gute

Führerschein: nein ja Schaltung Automatik

Raucher (keine Garantie): nein ja (nur draußen) gute unwichtig

Was ist Ihnen bei der Betreuung am Wichtigsten?

Einführung in die Gemeinde (Wichtig)

(Wege für Spaziergänge, Fahrt zum Hausarzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten usw.)

Von: _____

Aufgaben der Betreuungskraft

- | | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einkaufen gehen | <input type="checkbox"/> Arztbesuche | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Grundpflege | <input type="checkbox"/> Auto fahren |
| <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Spazieren gehen | |
| <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> gemeinsame Ausflüge | |
| <input type="checkbox"/> Reinigung des Wohnbereiches | <input type="checkbox"/> Pflege der Zimmerpflanzen: _____ | |

Gibt es Haustiere? ja nein wenn ja, welche? _____

Wer soll die Haustiere versorgen? Betreuungskraft Familie

Ort und Wohnsituation

- | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus | <input type="checkbox"/> Garten |
| <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Zimmer _____ | <input type="checkbox"/> Balkon |
| <input type="checkbox"/> Barrierearm | <input type="checkbox"/> Fahrstuhl | <input type="checkbox"/> Etage _____ |

Die Ausstattung der Häuslichkeit ist:

- einfach normal gehoben

Der Patient / Patientin wohnen in:

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dorf | <input type="checkbox"/> Kleinstadt | <input type="checkbox"/> Stadt | <input type="checkbox"/> große Stadt |
| _____ Ew. | _____ Ew. | _____ Ew. | _____ Ew. |

Die Wohnanlage ist:

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr ruhig | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> belebt | <input type="checkbox"/> sehr belebt |
| <input type="checkbox"/> Außenorts | <input type="checkbox"/> Vorortanlage | <input type="checkbox"/> Zentrumnah | <input type="checkbox"/> Zentrum |