

24-Stunden-Betreuung in den eigenen vier Wänden

Fragebogen zur Ermittlung der Betreuungssituation

Bitte füllen Sie den Fragebogen am Bildschirm aus (Felder anklicken bzw. Text eingeben) oder drucken Sie ihn aus. Pflichtangaben sind mit * markiert. Alle Angaben behandeln wir streng vertraulich nach DSGVO.

Wunsch-Einsatzbeginn

Gewünschter Beginn: schnellstmöglich

oder ab folgendem Datum (TT.MM.JJJJ)

1. Ansprechpartner für die Agentur (z. B. Angehöriger, gesetzlicher Betreuer)

Vorname *

Name *

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon-Nr. *

Handy-Nr.

E-Mail *

Fax-Nr.

Verwandtschaftsverhältnis zur hilfsbedürftigen Person

2. Betreuungsbedürftige Person

Vorname

Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon-Nr.

Handy-Nr.

3. Allgemeine Informationen zur betreuungsbedürftigen Person

3.1 Zur Person

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Körpergewicht (kg)

Körpergröße (cm)

Pflegegrad

1

2

3

4

5

Status Pflegegrad

Pflegegrad beantragt

Höherstufung beantragt

derzeit kein Pflegegrad

3.2 Diagnosen und Gründe der Betreuungsbedürftigkeit

Demenz

Alzheimer

Altersschwäche

Krebs

Sturz/Unfall

Diabetes

Rheumatische Erkrankungen

Angstzustände

Einsamkeit

Depression

Schlaganfall

Amputation

Geschwächt (z. B. durch Krankenhausaufenthalt)

Herzinfarkt

Herzerkrankungen

Parkinson

Osteoporose

Weitere

3.3 Toilette

Selbständig

Mit Hilfe

Teilinkontinenz

Vollinkontinenz

Urinflasche

Vorlagen

Windel

Nachts Teilinkontinenz

Nachts Vollinkontinenz

Stoma (Darm)

Katheter

Stoma (Harnleiter)

Wechseln der Windeln bei Inkontinenz (Häufigkeit)

3.4 Mobilität

Uneingeschränkt

Rollator, Aufstehen mit Unterstützung möglich

Rollator, aber selbstständiges Aufstehen möglich

Rollator, komplett hilfsbedürftig

Kann mit Hilfe laufen (z. B. Gehstock)

Rollstuhl, Aufstehen mit Unterstützung möglich

Rollstuhl, aber selbstständiges Aufstehen möglich

Rollstuhl, komplett hilfsbedürftig

Komplett hilfsbedürftig

Die zu betreuende Person muss angehoben werden

Die zu betreuende Person kann mithelfen

Bettlägerig

Pflege im Bett

3.5 Körperlicher Zustand

gut	leidlich	schlecht
sehr schlecht	Tagesform abhängig	

3.6 Geistiger Zustand

klar	dem Alter normal	apathisch
teilnahmslos	verwirrt	aggressiv

3.7 Depression

Liegt eine Depression vor?	Ja	Nein
Falls ja:	leicht	stark

3.8 Kommunikation

Sprechen	gut	eingeschränkt	gar nicht
Hören	gut	eingeschränkt	gar nicht
Sehen	gut	eingeschränkt	gar nicht
Hörgerät	Ja	Nein	
Brille	Ja	Nein	

3.9 Vorhandene Hilfsmittel

Pflegebett	Rollstuhl
Treppenlift	Hebegurt
Patientenlift	Dekubitusmatratze
Hebesitz	Toilettenstuhl
Duschstuhl	Unterarmstützung
Rollator	

Sonstige Hilfsmittel vorhanden

3.10 Wird zurzeit ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

Ja (1x/Woche) Ja (mehrfach/Woche) Ja (1x/Tag)
Ja (mehrfach/Tag) Nein

Welche Aufgaben übernimmt der ambulante Pflegedienst?

4. Angaben und Aufgaben für das Betreuungspersonal

4.1 Leichte pflegerische Tätigkeiten

Körperhygiene	Intimpflege
An- und Auskleiden	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
Haarpflege	An Medikamenteneinnahme erinnern
Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren	Begleitung zum Arzt
Hilfe bei der Toilette	

Sonstiges

4.2 Nächtliche Betreuung - ist eine nächtliche Betreuung notwendig?

Nein Ja, gelegentlich
Ja, jede Nacht Ja, mehrfach pro Nacht

4.3 Haushaltstätigkeiten

Kochen für ... Personen (inkl. Betreuungsperson)

Wohnfläche zum Sauberhalten (m²)

Spülen Waschen/Bügeln Einkaufen

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort Ja Nein

Haustiere vorhanden Ja Nein

Falls ja, welche Haustiere

4.4 Beliebte Beschäftigungstätigkeiten der betreuungsbedürftigen Person

Kochen/Backen	Natur/Tiere
Handarbeiten	Spaziergehen
Lesen/Literatur	Tagesgeschehen
Soziale Kontakte (z. B. Seniorentreff, Nachbarn)	Musik
Fernsehen	Gesellschaftsspiele

Sonstiges

5. Angaben zum Haushalt

5.1 Allgemeine Angaben

Wohnform	Wohnung	Haus	Mehrfamilienhaus
Lage	Stadt	Stadttrand	Dorf
Wohnen noch andere Personen im Haushalt?	Ja	Nein	

Falls ja, wer

Sollen diese hauswirtschaftlich mitversorgt werden? Ja Nein

5.2 Zimmerausstattung der Betreuungskraft

Bett	Tisch
Kleiderschrank	Balkon/Terrasse
Internetanschluss (empfohlen)	TV
Eigenes Bad	

Sonstiges

6. Erwartungen an das Betreuungspersonal

Geschlecht weiblich männlich egal

Weitere gewünschte Eigenschaften, bitte erläutern

7. Weitere Anmerkungen zur Betreuungssituation

8. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (optional)

Krankenhaus	Ambulanter Pflegedienst
Spezielle Beratungsstelle (z. B. Pflegestützpunkt)	Persönliche Empfehlung
Arzt oder Therapeut	Internetrecherche (z. B. Google oder Vergleichsportal)
Sonstiges	

Weitere Angaben (z. B. Name/Stempel der Einrichtung)

Zusatzfragebogen - nur bei einer zweiten betreuungsbedürftigen Person im Haushalt

Die zweite Person wohnt im selben Haushalt wie die erste - eine Adresse ist daher nicht erforderlich.

Z1 Zweite betreuungsbedürftige Person

Vorname

Name

Z2 Allgemeine Informationen zur zweiten Person

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Körpergewicht (kg)

Körpergröße (cm)

Pflegegrad

1

2

3

4

5

Status Pflegegrad

Pflegegrad beantragt

Höherstufung beantragt

derzeit kein Pflegegrad

Diagnosen und Gründe der Betreuungsbedürftigkeit

Demenz

Alzheimer

Alterschwäche

Krebs

Sturz/Unfall

Diabetes

Rheumatische Erkrankungen

Angstzustände

Einsamkeit

Depression

Schlaganfall

Amputation

Geschwächt (z. B. durch Krankenhausaufenthalt)

Herzinfarkt

Herzerkrankungen

Parkinson

Osteoporose

Weitere

Toilette

Selbständig

Mit Hilfe

Teilinkontinenz

Vollinkontinenz

Urinflasche

Vorlagen

Windel

Nachts Teilinkontinenz

Nachts Vollinkontinenz

Stoma (Darm)

Katheter

Stoma (Harnleiter)

Wechseln der Windeln bei Inkontinenz (Häufigkeit)

Mobilität

- Uneingeschränkt
- Rollator, Aufstehen mit Unterstützung möglich
- Rollator, aber selbstständiges Aufstehen möglich
- Rollator, komplett hilfsbedürftig
- Kann mit Hilfe laufen (z. B. Gehstock)
- Rollstuhl, Aufstehen mit Unterstützung möglich
- Rollstuhl, aber selbstständiges Aufstehen möglich
- Rollstuhl, komplett hilfsbedürftig
- Komplett hilfsbedürftig
- Die zu betreuende Person muss angehoben werden
- Die zu betreuende Person kann mithelfen
- Bettlägerig
- Pflege im Bett

Körperlicher Zustand	gut	leidlich	schlecht	sehr schlecht	Tagesform abhängig
Geistiger Zustand	klar	dem Alter normal	apathisch	teilnahmslos	verwirrt
Depression	Ja	Nein			
Sprechen	gut	eingeschränkt	gar nicht		
Hören	gut	eingeschränkt	gar nicht		
Sehen	gut	eingeschränkt	gar nicht		

Vorhandene Hilfsmittel

- | | |
|---------------|-------------------|
| Pflegebett | Rollstuhl |
| Treppenlift | Hebegurt |
| Patientenlift | Dekubitusmatratze |
| Hebesitz | Toilettenstuhl |
| Duschstuhl | Unterarmstützung |
| Rollator | |

Ambulanter Pflegedienst	Ja (1x/Woche)	Ja (mehrfach/Woche)	Ja (1x/Tag)	Ja (mehrfach/Tage)
--------------------------------	---------------	---------------------	-------------	--------------------

Z3 Angaben und Aufgaben für das Betreuungspersonal (zweite Person)

Leichte pflegerische Tätigkeiten

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Körperhygiene | Intimpflege |
| An- und Auskleiden | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme |
| Haarpflege | An Medikamenteneinnahme erinnern |
| Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren | Begleitung zum Arzt |
| Hilfe bei der Toilette | |

Nächtliche Betreuung Nein Ja, gelegentlich Ja, jede Nacht Ja, mehrfach pro Nacht

Beliebte Beschäftigungstätigkeiten

Kochen/Backen	Natur/Tiere
Handarbeiten	Spaziergehen
Lesen/Literatur	Tagesgeschehen
Soziale Kontakte (z. B. Seniorentreff, Nachbarn)	Musik
Fernsehen	Gesellschaftsspiele

Datenschutz-Einwilligung

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und willige in die Verarbeitung meiner Angaben - einschließlich der Gesundheitsdaten - zum Zweck der Betreuungsvermittlung ein. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift



Haben Sie Fragen zum Ausfüllen?

Bei Fragen oder Unklarheiten rufen Sie uns gerne an - wir helfen Ihnen persönlich und unverbindlich weiter.

Margareta Schaffars - Gründerin & Inhaberin

Tel. 09342 9151977

Fax 09342 9151978 | info@betreuung-zuhaus.de
Am Wartberg 14, 97877 Wertheim | www.betreuung-zuhaus.de