

# FRAGEBOGEN zur Betreuungssituation



Wir bitten Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen, damit wir Ihnen ein unverbindliches Angebot für eine Betreuung in häuslicher Umgebung erstellen können.

**Wunsch-Einsatzbeginn:**  schnellstmöglich  ab

## 1. ANSPRECHPARTNER (z. B. Angehöriger / gesetzlicher Betreuer)

Name, Vorname:   
Straße, Haus-Nr.:  Tel.-Nr. 1:   
PLZ, Ort:  Tel.-Nr. 2:   
E-Mail:  Fax-Nr.:   
Verwandtschaftsverhältnis zur hilfsbedürftigen Person:

## 2. HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Name, Vorname:   
Straße, Haus-Nr.:  Tel.-Nr.:   
PLZ, Ort:  Fax-Nr.:

## 3. ALLGEMEINE ANAMNESE

### 3.1 Zur Person

Geburtsdatum:   
Körpergewicht:  kg  
Körpergröße:  cm

Pflegegrad 1  2   
3  4   
5   
derzeit keinen Pflegegrad   
höherer Pflegegrad beantragt

### 3.2 Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz (z. B. Alzheimer)   | <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes                   |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Depression     | <input type="checkbox"/> Angstzustände              |
| <input type="checkbox"/> Krebs                      | <input type="checkbox"/> Parkinson      | <input type="checkbox"/> geschwächt (KH-Aufenthalt) |
| <input type="checkbox"/> Unfall/Sturz               | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                 |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Amputation     |   |

weitere:



### 3.3 Inkontinenz

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

- Nein  teilweise (z. B. nachts)
- Ja:  Urin  Stuhl  Dauerkatheter
- Stoma (Harnleiter)  Stoma (Darm)
- Wechseln von Einlagen oder Inkontinenzmaterial:  selbstständig  durch Betreuungsperson

### 3.4 Mobilität

Ist die hilfsbedürftige Person mobil?

- Ja  Ja, mit Rollator / Gehstock  Ja, mit Rollstuhl  Nein
- Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?  Ja bzw. bereits gestürzt  Nein
- Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?  Ja  Nein

Falls die hilfsbedürftige Person bettlägerig ist:

- Hilfe beim Umlagern  Dekubitus (Druckgeschwür, wird von ) versorgt)

Transfer vom Bett in Rollstuhl/Toilettenstuhl notwendig?

- Ja, wie oft/Tag?   Nein
- Hilfsbedürftige Person muss angehoben werden:  Ja  Nein
- Wird eine kräftige Betreuungsperson benötigt?  Ja  Nein

Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:


- Hebegurt/-sitz  Krankenbett  Patientenlift  Toilettenstuhl

Andere:

- Bewegung:  selbstständig  mit Unterstützung
- Treppensteigen:  selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich
- Baden/Duschen:  selbstständig  mit Unterstützung  komplett auf Hilfe angewiesen
- An/ Auskleiden:  selbstständig  mit Unterstützung  komplett auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

### 3.5 Mentale Verfassung

<input type="checkbox"/> keine geistige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus	
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz		
<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsveränderung mit ...	<input type="checkbox"/> Aggressivität	
<input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahmslosigkeit)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px;"></div>

### 3.6 Kommunikationsfähigkeit

<input type="checkbox"/> keine Einschränkungen			
Sehen:	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nahezu erblindet	<input type="checkbox"/> erblindet
Hören:	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nahezu gehörlos	<input type="checkbox"/> gehörlos
Sprechen:	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nahezu verstummt	<input type="checkbox"/> verstummt

### 3.7 Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z.B. MRSA/ESBL/Hepatitis)?

<input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<div style="border: 1px solid black; width: 600px; height: 20px;"></div>
<input type="checkbox"/> Nein	

### 3.8 Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst für die hilfsbedürftige Person in Anspruch genommen?

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

Falls ja: Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort? Welche Aufgaben soll er weiterhin übernehmen?

### 3.9 Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

<input type="checkbox"/> Ja,	<div style="border: 1px solid black; width: 600px; height: 20px;"></div>
<input type="checkbox"/> Nein	

## 4. DEMENZ-ANAMNESE (wenn keine Demenz vorliegt, bitte weiter bei Punkt 5)

### 4.1 Welche Einschränkungen gibt es bei der Orientierung der hilfsbedürftigen Person?

<input type="checkbox"/> zeitlich (z. B. kennt Jahreszeiten, Alter)	<div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px;"></div>
<input type="checkbox"/> räumlich (z. B. findet Schlafzimmer, Bad)	<div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px;"></div>
<input type="checkbox"/> personell (ggü. anderen Personen)	<div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px;"></div>
<input type="checkbox"/> personell (ggü. sich selbst)	<div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px;"></div>

### 4.2 Welche Herausforderungen gibt es für die Betreuungsperson?

<input type="checkbox"/> Aggressivität der hilfsbedürftigen Person, falls ja:	<div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px;"></div>		
<input type="checkbox"/> autoaggressiv	<input type="checkbox"/> fremdaggressiv	<input type="checkbox"/> sachaggressiv	<input type="checkbox"/> verbalaggressiv
<input type="checkbox"/> Angstzustände	<div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px;"></div>		

<input type="checkbox"/> Apathie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> starke Unruhe	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz (nachts oder tagsüber)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wird Körperpflege gut zugelassen?	<input type="text"/>

**4.3 Hinweise zur Kommunikation und zum Kontakt zw. Betreuungsperson und hilfsbedürftiger Person:**

- Hilfsbedürftige Person braucht direkte Aktivierung/Ansprache.
- Hilfsbedürftige Person will eher in Ruhe gelassen werden.

Folgende Themen ermöglichen einen guten Zugang zur hilfsbedürftigen Person:

Wie kommuniziert man am besten mit der hilfsbedürftigen Person bei Krisen?

Ergänzungen:

## 5. AUFGABEN UND ANGABEN FÜR BETREUUNGSPERSON

### 5.1 Leichte pflegerische Tätigkeiten

Wofür wird tägliche Hilfe benötigt?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene  | <input type="checkbox"/> an Medikamenteneinnahme erinnern             |
| <i>(Hinweis: Das Verabreichen von Medikamenten ist aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen.)</i> |   |
| <input type="checkbox"/> Intimpflege  | <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren           |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden   | <input type="checkbox"/> Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme   | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang                     |

Sonstiges:

### 5.2 Nächtliche Betreuung

In welcher Form ist die Betreuung nachts notwendig?

Welche Aufgaben müssen übernommen werden?

Wie wird der Freizeitausgleich für die Nachtbetreuung gewährleistet?

### 5.3 Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

Hobbies:

### 5.4 Hinweise zum Verhalten der hilfsbedürftigen Person und zum Umgang der Betreuungsperson mit ihr:

Gibt es Rituale? (z. B. Zeitung lesen, Kirchengang)

Tätigkeiten, welche die hilfsbedürftige Person selber ausführt:

Tätigkeiten, welche die hilfsbedürftige Person und die Betreuungsperson gemeinsam tun können:

Gesprächsthemen, die vermieden werden sollen:

## 6. ANGABEN ZUM HAUSHALT/HAUSHALTSTÄTIGKEITEN

Kochen für  Personen (inkl. Betreuungsperson)

Wohnfläche reinigen, wenn ja:  qm

Waschen/Bügeln       Balkon- und Blumenpflege       Einkaufen

Haustiere, falls ja: welche?  Mitversorgung?     Ja     Nein

Die hilfsbedürftige Person wohnt in:

einem Einfamilienhaus

einer Wohnung

Dorf     Kleinstadt     Vorort     Großstadt

Der Betreuungsperson steht zur Verfügung:

eigenes Zimmer     eigenes Bad

PC     Internet bereits vorhanden

Internet wird noch bereitgestellt

Weitere Angaben:

Lebt die hilfsbedürftige Person alleine im Haushalt?     Ja     Nein

Falls nein, wer lebt noch mit im Haushalt?

Müssen für die im Haushalt lebenden Personen Aufgaben erfüllt werden?

Ja  Nein

Falls ja, welche?:

Kommen die Angehörigen der hilfsbedürftigen Person zu Besuch?

Ja  Nein

Falls ja, wie oft?:

Wohnen die Angehörigen in der Nähe?

Ja  Nein

Gibt es bereits weitere Unterstützung im Haushalt? (z. B. Putzfrau, Gärtner)

Ja  Nein

Falls ja, welche?:

Welche Einkaufsmöglichkeiten gibt es in der Nähe?

Wie weit entfernt sind diese?

Sind öffentliche Verkehrsmittel zu Fuß erreichbar?

Ja  Nein

Wenn ja, welche:

Gibt es ein Fahrrad?

Ja  Nein

## 7. ERWARTUNGEN AN DIE BETREUUNGSPERSON

Geplante Einsatzdauer:  unbefristet  befristet auf  Monate

Bevorzugtes Geschlecht:  weiblich  männlich  egal

Bevorzugtes Alter:  <30  30-40  40-50  >50  egal

### 7.1 Eigenschaften der Betreuungsperson und Wesen der hilfsbedürftigen Person

Worauf sollte die Betreuungsperson im Umgang mit der hilfsbedürftigen Person besonders achten?

### 7.2 Deutschkenntnisse

einfach

kommunikativ

gut

### 7.3 Führerschein

(Falls ja: Bitte beachten Sie die Haftungsregelungen im Dienstleistungsvertrag und berücksichtigen Sie bitte, dass der Personentransport nicht Teil der Dienstleistung ist.)

Ja

Nein

Welche Fahrten soll die Betreuungsperson mit dem Auto übernehmen?

zum regelmäßigen Einkaufen       für Notfälle  
 Andere:

Hat das Auto eine Automatikschaltung?       Ja       Nein

Ist ein Fahrrad für die Betreuungsperson vorhanden?       Ja       Nein

**7.4 Nichtraucher**

egal       Rauchen nur außerhalb der Wohnräume       unbedingt Nichtraucher

Kommentare:

**7.5 Wen kann die Betreuungsperson im Notfall kontaktieren?**

Name:

Adresse:

Telefon (beruflich):  Telefon (privat/mobil):

**8. WEITERE ANMERKUNGEN**

**8.1 Freizeit: Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson frei hat?**

**8.2 Abholung bei Anreise**

Ist es Ihnen möglich, die Betreuungsperson bei Anreise am nächstgelegenen internationalen (Bus)-Bahnhof auf eigene Kosten abzuholen oder abholen zu lassen (z. B. Taxi)?       Ja       Nein

**8.3 Optionale Angaben (z. B. zum Betreuungsablauf)**

**9. VERTRAGSINFORMATIONEN**

(Angaben im Falle eines Vertragsabschlusses)

**Vertragspartner**

**Rechnungsempfänger**

(falls abweichend vom Vertragspartner)

Name, Vorname:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	Name, Vorname:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Straße, Haus-Nr.:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	Straße, Haus-Nr.:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
PLZ, Ort:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	PLZ, Ort:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
E-Mail:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	E-Mail:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Tel:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	Tel:	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>

## 10. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

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

Weitere Angaben (z. B. Name und Ort des Krankenhauses)