

Fragebogen zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs

Sie haben Fragen?
+4915123367620
info@caringhands24.de
www.caringhands24.de

1. Datenschutz

Datenschutzrechte der Betroffenen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO):
Sie können von uns jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Artikel 15 DS-GVO), deren Berichtigung (Artikel 16 DS-GVO), Löschung (Artikel 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO) verlangen, sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO) geltend machen. Ebenfalls können Sie Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen (Artikel 21 DS-GVO).

Bitte beachten Sie, dass Datenverarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, hiervon nicht betroffen sind. Zu den vorgenannten Zwecken wenden Sie sich bitte an die nachfolgende Kontaktadresse.

Neuer Wall 80
20354 Hamburg
Deutschland
Tel.: +4915123367620
E-Mail: info@caringhands24.de

2. Aktuelle Pflegesituation

Bedarfsort:

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

Betreuungsbeginn: Schnellstmöglich (5 bis 7 Werktage) Datum _____

Zu betreuende: 1 Person 2 Personen **Leben weitere Personen im Haushalt?** Ja Nein

3. Allgemeine Angaben des Ansprechpartners

Personendaten

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

Mobilfunknummer

Festnetznummer

E-Mail

Bezug oder Kontaktgrad zur pflegebedürftigen Person

4. Angaben zu der zu betreuenden Person

Personendaten:

Anrede Vor- und Nachname

Alter Geburtsdatum Größe Gewicht

Krankenkasse Gesetzlich Privat

Name der Krankenkasse Hausarzt

Pflegegrad: Keiner 1 2 3 4 5 Pflegedienst beauftragt: Ja Nein

Mobilität:

- Uneingeschränkt
- Mobil
- Leicht gehbehindert
- Rollatorfähig
- Rollstuhlfähig
- Bettlägerig



Kommunikation/Wahrnehmung:



Hören

- Nicht eingeschränkt
- Leicht eingeschränkt
- Stark eingeschränkt
- Nicht möglich



Sehen

- Nicht eingeschränkt
- Leicht eingeschränkt
- Stark eingeschränkt
- Nicht möglich



Sprechen

- Nicht eingeschränkt
- Leicht eingeschränkt
- Stark eingeschränkt
- Nicht möglich

Diagnosen und Gesundheitszustände

- Alzheimer
- Geistige Beeinträchtigung
- MS-Patient
- Schmerzpatient
- Arthrose
- Herz- Kreislauferkrankung
- Osteoporose
- Sonde
- Demenz
- Inkontinenz (Urin und Stuhl)
- Parkinson
- Weitere Krankheitsmerkmale:
- Diabetes
- Katheter
- Rheuma
- Dialysepatient
- Krebs
- Schlaganfall

Ein-/Durchschlafen: Keine Probleme Sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

An- & Auskleiden: Selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

Aufrichten & Zubettgehen: Selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

Treppensteigen: Selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

Gehen: Selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

Transfer: Selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

Nachteinsätze: Nein, maximal 1 mal pro Woche Ja, maximal 1 mal pro Nacht Ja, mehrmals pro Nacht. Wie oft? _____ mal

Vorhandene Hilfsmittel

- Hörgerät
- Lift
- Barrierefreie Einrichtung
- Sonstige Angaben:
- Brille
- Dekubitusmatratze
- Pflegebett
- Gehhilfe
- Toilettenstuhl
- Rollator
- Rollstuhl
- Treppenlift
- Badelift

Essen: Selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

Trinken: Selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

Rauchen: Ja Nein

Aktuelle Therapien:

Keine Krankengymnastik Logopädie Andere:

5. Angaben zu der zweiten zu betreuenden Person

 Sollte es sich um zwei zu betreuende Personen handeln, tragen Sie bitte die Daten nachfolgend ein. Andernfalls überspringen Sie bitte Punkt 5.

Personendaten:

Anrede Vor- und Nachname

Alter Geburtsdatum Größe Gewicht

Krankenkasse Gesetzlich Privat Name der Krankenkasse Hausarzt

Pflegegrad: keiner 1 2 3 4 5 **Pflegedienst beauftragt:** Ja Nein

Mobilität:

Uneingeschränkt
 Mobil
 Leicht gehbehindert
 Rollatorfähig
 Rollstuhlfähig
 Bettlägerig



Kommunikation/Wahrnehmung:

 Hören	 Sehen	 Sprechen
<input type="radio"/> Nicht eingeschränkt	<input type="radio"/> Nicht eingeschränkt	<input type="radio"/> Nicht eingeschränkt
<input type="radio"/> Leicht eingeschränkt	<input type="radio"/> Leicht eingeschränkt	<input type="radio"/> Leicht eingeschränkt
<input type="radio"/> Stark eingeschränkt	<input type="radio"/> Stark eingeschränkt	<input type="radio"/> Stark eingeschränkt
<input type="radio"/> Nicht möglich	<input type="radio"/> Nicht möglich	<input type="radio"/> Nicht möglich

Diagnosen und Gesundheitszustände

<input type="radio"/> Alzheimer	<input type="radio"/> Geistige Beeinträchtigung	<input type="radio"/> MS-Patient	<input type="radio"/> Schmerzpatient
<input type="radio"/> Arthrose	<input type="radio"/> Herz- Kreislauferkrankung	<input type="radio"/> Osteoporose	<input type="radio"/> Sonde
<input type="radio"/> Demenz	<input type="radio"/> Inkontinenz (Urin und Stuhl)	<input type="radio"/> Parkinson	<input type="radio"/> Weitere Krankheitsmerkmale:
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Katheter	<input type="radio"/> Rheuma	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Dialysepatient	<input type="radio"/> Krebs	<input type="radio"/> Schlaganfall	

Ein-/Durchschlafen: Keine Probleme Sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

An- & Auskleiden: Selbstständig Mit Unterstützung Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

Aufrichten & Zubettgehen	<input type="radio"/> Selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig
Treppensteigen:	<input type="radio"/> Selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig
Gehen:	<input type="radio"/> Selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig
Transfer:	<input type="radio"/> Selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig
Nachteinsätze:	<input type="radio"/> Nein, maximal 1 mal pro Woche	<input type="radio"/> Ja, maximal 1 mal pro Nacht	<input type="radio"/> Ja, mehrmals pro Nacht Wie oft? _____ mal
Vorhandene Hilfsmittel			
<input type="radio"/> Hörgerät	<input type="radio"/> Lift	<input type="radio"/> Barrierefreie Einrichtung	Sonstige Angaben: <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px; width: 100%;"></div>
<input type="radio"/> Brille	<input type="radio"/> Dekubitusmatratze	<input type="radio"/> Pflegebett	
<input type="radio"/> Gehhilfe	<input type="radio"/> Toilettenstuhl	<input type="radio"/> Rollator	
<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="radio"/> Treppenlift	<input type="radio"/> Badelift	
Essen:	<input type="radio"/> Selbstständig	<input type="radio"/> Mit Unterstützung	<input type="radio"/> Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig
Trinken:	<input type="radio"/> Selbstständig	<input type="radio"/> Mit Unterstützung	<input type="radio"/> Nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig
Rauchen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Aktuelle Therapien:			
<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Andere:	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<input type="radio"/> Krankengymnastik			
<input type="radio"/> Logopädie			

6. Anforderungen an das Personal

Geschlecht:	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	<input type="radio"/> Irrelevant
Alter:	<input type="radio"/> Von: _____ bis: _____	<input type="radio"/> Irrelevant	
Sprachkenntnisse:	<input type="radio"/> Sehr gut	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Befriedigend <input type="radio"/> Ausreichend
Führerschein:	<input type="radio"/> Nötig	<input type="radio"/> Automatik <input type="radio"/> Manuell	<input type="radio"/> Nicht nötig
Darf die Pflegekraft rauchen?:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

7. Rahmenbedingungen

(Wohnsituation und Unterbringung der Pflegekraft)

Wohnverhältnisse: Haus Wohnung

Wohngegend: Städtisch Ländlich

Raucherhaushalt: Ja Nein Unbekannt

Haustiere: Ja Nein Falls ja, welche? _____

Zimmerausstattung für die Pflegekraft

Eigenes Zimmer Eigenes Bad TV Computer

Eigene Wohnung Schrank Radio Internet

8. Gewünschte Tätigkeiten

	Morgens:	Mittags:	Abends:	Nachts:
An- und Auskleiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duschen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettengang:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wechseln von Inkontinenzmaterial:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahrungsaufnahme:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilisierung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehen, Gehen, Betten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Haushaltstätigkeiten der Pflegekraft

Sollen die Einkäufe erledigt werden?

Ja Nein

Wie kann der Einkauf erledigt werden ?

Zu Fuß Mit dem Fahrrad Mit dem Auto ÖPNV

Gibt es für Einkäufe eine Haushaltskasse?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel pro Person?

€ _____

 Der Pflegekraft stehen kostenlose Kost und Logis zu.

Weitere Haushaltstätigkeiten:

Begleitung zu Arztbesuchen Essensvorbereitung und Kochen Wäsche waschen Bügeln

Sonstiges:

10. Allgemeines

Tagesablauf:

 Die durchschnittliche Arbeitszeit einer Pflegekraft beträgt 40 Stunden wöchentlich.

Morgens:
6-10 Uhr

Vormittags
10-12 Uhr

Mittags:
12-14 Uhr

Nachmittags:
14-17 Uhr

Abends:
17-22 Uhr

Nachts:
22-6 Uhr

11. Erfolgt Unterstützung seitens der Familie?

Ja, jederzeit per Anruf erreichbar und ggf. kurzfristig vor Ort

Ja, regelmäßig an folgenden Wochentagen erreichbar/vor Ort:

Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.

Falls möglich, hier bitte Uhrzeit eintragen

Sporadisch, wie es die Zeit zulässt

Nein

Vor- und Zuname des Familienangehörigen

Telefonnummer des Familienangehörigen

12. Abschluss: Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

Radio

Internet

Fernsehen

Empfehlung

Zeitung

Sonstiges: _____

Durch Ihre Unterschrift gehen Sie **keine vertragliche Bindung** ein, sondern bestätigen lediglich die Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift

Datum

Ort