

Fragebogen zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs

Sie haben Fragen?
+49 151 5200 2024
k.mizrakhi@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.: +49 151 5200 2024
E-Mail: k.mizrakhi@caringhands24.de

2. Aktuelle Pflegesituation

Bedarfsort:

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

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

Betreuungsbeginn:

Schnellstmöglich (5 bis 7 Werktage)

Datum: _____

Anzahl der zu betreuenden Personen:

1 Person

2 Personen

Leben weitere Personen im Haushalt?

Ja

Nein

3. Angaben zu der zu betreuenden Person

Personendaten:

Anrede

Vorname

Nachname

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

Alter

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

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

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Hausarzt

Gesetzlich

Privat

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

Pflegegrad:	Keiner	1	2	3	4	5
Rauchergewohnheit:	Ja	Nein				
Aktuelle Therapien:	Keine Krankengymnastik Logopädie					
	Andere:	<input type="text"/>				

3.1 Anamnese

Hauptgrund für die Betreuung:

Diagnosen und Gesundheitszustände

ALS	Diabetes	Krebs	Schlaganfall
Alzheimer	Dialysepatient	Morbus Crohn	Schmerzpatient
Asthma	Geistige Beeinträchtigung	MS-Patient	
Arthritis	Herzinsuffizienz	Multiple Sklerose	Weitere Krankheitsmerkmale:
Arthrose	Herzrhythmusstörungen	Osteoporose	<input type="text"/>
Bluthochdruck	Inkontinenz (Urin und Stuhl)	Parkinson	
Dekubitus	Nierenversagen	Polyneuropathy	Ansteckende Krankheiten:
Demenz	Katheter	Rheuma	<input type="text"/>

3.1.1 Kommunikation

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

3.1.2 Geistige Verfassung

Personenbezogene Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Örtliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Zeitliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Mentaler Zustand:

Innere Unruhe	Freundlich	Vergesslich
Ängstlich	Aufgeschlossen	Skeptisch
Anspruchsvoll	Gereizt	Cholerisch
Apathisch	Instabil	Aggressiv
Bestimmend	Launisch	Weglauff Tendenz
Depressiv	Teilnahmslos	

Weitere Informationen:
(Freude am Leben, soziale Integration, isst gern in Gesellschaft, spielt Gesellschaftsspiele, Wunsch gern allein zu sein, etc.)

3.1.3 Inkontinenz

Harninkontinenz	Stuhlinkontinenz
Künstlicher Blasenaustritt (Urostoma)	Künstlicher Darmaustritt (Stoma)

Wechsel von Windeln Wechsel von Einlagen

Toilettengang: Eigenständig Mit Unterstützung Unfähig Notizen: _____

3.1.4 Mobilität

Aufstehen / Hinsetzen im Stuhl: Eigenständig Mit Unterstützung Unfähig

Gehen: Eigenständig Mit Unterstützung Unfähig

Treppen steigen: Eigenständig Mit Unterstützung Unfähig

Transfer: Eigenständig Mit Unterstützung Unfähig


Eigenbewegung im Bett: Eigenständig Mit Unterstützung Unfähig

Sturzrisiko: Ja Nein Notizen: _____

Bettlägerig: Ja Nein

3.1.5 Hygiene					
Duschen / Baden:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Mundhygiene / Prothesepflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Rasieren:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Nagel- und Fußpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Haarpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Körperpflege / Waschen am Waschbecken:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Körperpflege / Waschen im Bett:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Intimpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Ankleiden / Auskleiden:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Auswahl der Kleidung:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
3.1.6 Essen					
Vorbereitung der Mahlzeiten:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Nahrungsaufnahme / Essen:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Flüssigkeitszufuhr / Trinken:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Allergien:	Nein	Ja, welche? _____			
Diät / Ernährungsplan:	_____				
Kau / Schluckbeschwerden:	Nein	Ja			
PEG-Sonde:	Nein	Ja			
3.1.7 Ruhen / Schlafen					
Nachteinsätze:	Nein	selten	1x pro Nacht	2x pro Nacht	>2x pro Nacht
Hilferuf durch:	Anruf	Klingel	Babyphone	Stimme	Anderes

4. 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 diesen Teil.

Personendaten:

Anrede	Vorname	Nachname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Alter	Geburtsdatum	Größe	Gewicht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Hausarzt	
Gesetzlich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Privat			

Pflegegrad: Keiner 1 2 3 4 5

Rauchergewohnheit: Ja Nein

Aktuelle Therapien:

Keine	Andere:	<input type="text"/>
Krankengymnastik		
Logopädie		

4.1 Anamnese der zweiten zu betreuenden Person

Hauptgrund für die Betreuung:

Diagnosen und Gesundheitszustände

- | | | | |
|---------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| ALS | Diabetes | Krebs | Schlaganfall |
| Alzheimer | Dialysepatient | Morbus Crohn | Schmerzpatient |
| Asthma | Geistige Beeinträchtigung | MS-Patient | |
| Arthritis | Herzinsuffizienz | Multiple Sklerose | Weitere Krankheitsmerkmale: |
| Arthrose | Herzrhythmusstörungen | Osteoporose | <input type="text"/> |
| Bluthochdruck | Inkontinenz (Urin und Stuhl) | Parkinson | Ansteckende Krankheiten: |
| Dekubitus | Nierenversagen | Polyneuropathy | <input type="text"/> |
| Demenz | Katheter | Rheuma | |

4.1.1 Kommunikation

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

4.1.2 Geistige Verfassung

Personenbezogene Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Örtliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Zeitliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Mentaler Zustand:

Innere Unruhe	Freundlich	Vergesslich
Ängstlich	Aufgeschlossen	Skeptisch
Anspruchsvoll	Gereizt	Cholerisch
Apathisch	Instabil	Aggressiv
Bestimmend	Launisch	Weglauff Tendenz
Depressiv	Teilnahmslos	

Weitere Informationen:
(Freude am Leben, Soziale Integration, Isst gern in Gesellschaft, spielt Gesellschaftsspiele, Wunsch gern allein zu sein, etc.)

4.1.3 Inkontinenz

Harninkontinenz	Stuhlinkontinenz
Künstlicher Blasenaustritt (Urostoma)	Künstlicher Darmaustritt (Stoma)
Wechsel von Windeln	Wechsel von Einlagen


Toilettengang: Eigenständig Mit Unterstützung Unfähig Notizen: _____

4.1.4 Mobilität

Aufstehen / Hinsetzen im Stuhl:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Gehen:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Treppen steigen:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Transfer:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Eigenbewegung im Bett:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig

Sturzrisiko:	Ja	Nein	Notizen: _____		
Bettlägerig:	Ja	Nein			
4.1.5 Hygiene					
Duschen / Baden:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Mundhygiene / Prothesepflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Rasieren:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Nagel- und Fußpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Haarpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Körperpflege / Waschen am Waschbecken:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Körperpflege / Waschen im Bett:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Intimpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Ankleiden / Auskleiden:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Auswahl der Kleidung:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
4.1.6 Essen					
Vorbereitung der Mahlzeiten:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Nahrungsaufnahme / Essen:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Flüssigkeitszufuhr / Trinken:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Allergien:	Nein	Ja, welche? _____			
Diät / Ernährungsplan:	_____				
Kau / Schluckbeschwerden:	Nein	Ja			
PEG-Sonde:	Nein	Ja			
4.1.7 Ruhen / Schlafen					
Nachteinsätze:	Nein	selten	1x pro Nacht	2x pro Nacht	>2x pro Nacht
Hilferuf durch:	Anruf	Klingel	Babyphone	Stimme	Anderes

5. Tagesstruktur

 Die durchschnittliche Arbeitszeit einer Betreuungskraft beträgt 40 Stunden wöchentlich.

Morgens:
6-12 Uhr

Mittags:
12-17 Uhr

Abends:
17-22 Uhr

Nachts:
22-6 Uhr

6. Externe Dienstleistungen

Pflegedienst

Nachbarschaftshilfe

Podologe / Medizinische Fußpflege

Facharzt

Tagespflege

Ergotherapeut

Hausarzt

Nachtpflege

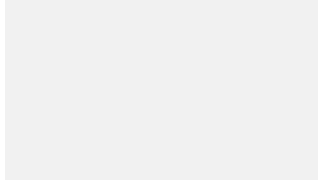

Physiotherapeut

Reinigungsservice

7. Anforderungen an das Personal

Deutschkenntnisse:	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend
Weitere Sprachkenntnisse:	_____			
Geschlecht:	Weiblich	Männlich	Irrelevant	
Alter:	Von: _____	bis: _____	Irrelevant	
Führerschein:	Nötig	Automatik Manuell	Nicht nötig	
Darf die Betreuungskraft rauchen?:	Ja	Nein		

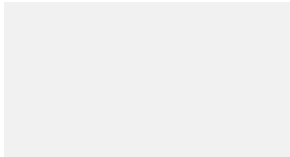
7.1 Gewünschte Tätigkeiten

Einkaufen	An/Auskleiden	Flüssigkeitsaufnahme	Zusätzliche Anforderungen: 
Kochen	Körperpflege	Toilettengang	
Putzen	Intimpflege	Wechsel von Inkontinenzmaterial	
Wäsche waschen	Mobilisierung	Transfer	
Bügeln	Nahrungsaufnahme		
Gibt es für die Einkäufe eine Haushaltskasse?		Wenn ja, wie viel pro Person?	
Ja	Nein	€ _____	
 Der Pflegekraft stehen kostenlose Kost und Logis zu			

8. Rahmenbedingungen für die Betreuungskraft

Wohnverhältnisse:	Haus	Reihenhaus	Wohnung	
Wohngegend:	Stadtzentrum	Städtisch	Ländlich	
Haustiere:	Nein	Ja	Falls ja, welche? _____	
Zimmerausstattung für die Pflegekraft:	Eigenes Zimmer Schrank	Eigenes Bad Radio	TV Internet	Computer
Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:	10 min	20 min	30 min	bis zu 60 min

8.1 Vorhandene Hilfsmittel

Anti Dekubitus Matratze	Rollstuhl	Duschstuhl	Sonstige Hilfsmittel: 
Bett Lift	Bad Lifter	(Dusch-) Haltegriffe	
Pflegebett	Treppenlift	Toilettenstuhl	
Gehstock	Wannenlifter		
Rollator	Duschhocker		

9. Allgemeine Angaben des Ansprechpartners

Personendaten

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße + Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobilfunknummer	Festnetznummer	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezug oder Kontaktgrad zur pflegebedürftigen Person		
<input type="text"/>		

10. Erfolgt Unterstützung seitens der Familie?

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

Sporadisch, wie es die Zeit zulässt

Nein

Vor- und Zuname des Familienangehörigen

Telefonnummer des Familienangehörigen

