

FRAGEBOGEN

ZUR ERMITTLUNG DES LEISTUNGSUMFANGS

Pro Person bitte einen Fragebogen, gut lesbar ausfüllen.

1.0 KONTAKDATEN

1.1 KONTAKTPERSON / GESETZLICHER VERTRETER(IN)

Arbeitgeber / Förderverein:

Name Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel. Nr. weiteres Tel. oder Fax

Mobil Nr. E-Mail

Verwandtschaftsgrad zwischen der Kontaktperson und der zu betreuenden Person:

Zusatz / sonstiges:

1.2 ZUR BETREUENDEN PERSON

Name Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel. Nr. weiteres Tel. oder Fax

Mobil Nr. E-Mail

Vertragspartner

Rechnungsempfänger

1.3 PERSÖNLICHE ANGABEN ZUR BETREUENDEN PERSON

Geb. Datum: Größe: Gewicht:

verheiratet ja nein

alleinstehend ja nein

verwitwet ja nein

wohnt die Person alleine ja nein

Falls nein,
wie viele Personen leben im Haushalt:

2.0 PFLEGE

2.1 PFLEGESTUFE DER ZU BETREUENDEN PERSON

ja nein

Wenn ja, welche: Beantragt:

Pflegestufe 1 Pflegestufe 1

Pflegestufe 2 Pflegestufe 2

Pflegestufe 3 Pflegestufe 3

Härtefall Härtefall

Anmerkung:

2.2 PFLEGEDIENSTLICHE BETREUUNG

Verpflegung durch Pflegedienst:

ja nein nein, zusätzlich angedacht

Welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst?

Wobei soll der Pflegedienst unterstützt werden?

3.0 BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND DIAGNOSEN

3.1 KÖRPERLICH BEEINTRÄCHTIGUNG

Altersbedingte Sehschwäche	Schlaganfall	beginnende Alzheimer
Altersbedingte Gehschwäche	Osteoporose	fortgeschrittene Alzheimer
Altersbedingte Hörschwäche	Rheuma	leichte Depression
Diabetes	Wassereinlagerung /Ödeme	schwere Depression
Allergien	Wundliegen / Dekubitus	Inkontinenz
Asthma / Atembeschwerden	Thrombose	Stoma
Herzrhythmusstörung	Niereninsuffizienz Lähmung /	Multiple Sklerose
Herzinsuffizienz	Beeinträchtigung	Tumor / Krebs
Herzinfarkt	Parkinson	Ansteckende Krankheiten
niedriger Blutdruck	beginnende Demenz	
hoher Blutdruck	fortgeschrittene Demenz	

Anmerkung / andere Diagnosen:

3.2 PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Kurzzeitgedächtnis schwach Anmerkung / andere Diagnosen:
Langzeitgedächtnis schwach
kooperativ
aggressiv
verzerrte Wahrnehmung
Halluzinationen
Wahnvorstellungen
Zwangsgedanken
Zwangshandlungen
Alkoholmissbrauch
Medikamentenmissbrauch

4.0 EINNAHME VON MEDIKAMENTEN

4.1 FÜR KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN / DIAGNOSEN

Wie müssen diese Medikamente eingenommen werden:

Wichtige Hinweise zu diesen Medikamenten:

Soll die Einnahme der Medikamente kontrolliert werden

ja nein

Wer übernimmt hierfür die Einweisung:

Medikamente für:

4.2 FÜR PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN / DIAGNOSEN:

Wie müssen diese Medikamente eingenommen werden:

Wichtige Hinweise zu diesen Medikamenten:

Soll die Einnahme der Medikamente kontrolliert werden

ja nein

Wer übernimmt hierfür die Einweisung:

Medikamente für:

5.0 KOMMUNIKATION & MOBILITÄT

5.1 AUDIO- UND VISUELLE KOMMUNIKATION

keine
Beeinträchtigungen:

Sehkraft: keine leicht schwere

Brille: ja nein

Sprache: keine leicht schwere

Hörvermögen: keine leicht schwere

Hörgerät: ja nein

Anmerkung / Hilfsmittel:

5.2 BEWEGUNG & MOBILITÄT

keine Beeinträchtigungen

benötigte Unterstützung

Bettlägerig

Pflegebett

Anmerkung / Hilfsmittel:

5.3 BEWEGUNG UND BEFÖRDERUNG MIT HILFSMITTEL

Selbstständig ohne Hilfsmittel

Anmerkung / Hilfsmittel:

	Selbstständig	mit Unterstützung	mit voller Unterstützung
Treppensteigen			
Treppenlifter			
Rollstuhl			
Gehstützen/Krücken			
Rollator			

5.4 ORIENTIERUNG

Zeitlich uneingeschränkt Zeitlich teilweise Zeitlich schwer bis überwiegend

Örtlich uneingeschränkt Örtlich teilweise Örtlich schwer bis überwiegend

Personenerkennung
uneingeschränkt Pers. teilweise Pers. schwer bis überwiegend

Anmerkung / Hilfsmittel:

6.0 KÖRPERPFLEGE & ERNÄHRUNG

6.1 KÖRPERPFLEGE

	Selbstständig	mit Unterstützung	mit voller Unterstützung	Anmerkung / Hilfsmittel:
Bartrasur				
Zahnpflege/Zahnprothese				
Haare kämmen/waschen				
Körperpflege allgemein				
Intimpflege				
Fußpflege				
Eincremen				
Baden/Duschen				
Bekleidungswechsel				
Bad behindertengerecht	Badelift	Duschhocker		

6.2 NAHRUNGSMITTEL- UND GETRÄNKEAUFNAHME

	Selbstständig	mit Unterstützung	mit voller Unterstützung	Spezielle Diät notwendig Art der Diät:
Nahrungsmittel:				
Getränke:				

6.3 KAU- / SCHLUCKSTÖRUNGEN

keine Störung Art der Störung:

Anmerkung / Hilfsmittel:

7.0 KÖRPERKONTROLLE

7.1 URINKONTROLLE

Selbstständig/Kontinent
teilweise inkontinent
inkontinent
Windeln wechseln
Bettunterlagen wechseln
Urinflasche
Katheter
Bettpfanne

7.2 STUHLKONTROLLE

Selbstständig/Kontinent
teilweise inkontinent
inkontinent
Windeln wechseln
Anus Praeter
Bettpfanne

7.3 EIN- / DURCHSCHLAFEN

Ohne Störungen
Einschlafen schwierig
Durchschlafen schwierig
Schlaf-/Wachrhythmus gestört
Schlafwandel
Nächtliches aufstehen
Nächtliche Betreuung notwendig
Art der Unterstützung:
Werden Schlafmittel benötigt
Schlafmittel sporadisch
Schlafmittel täglich

8.0 AKTUELLE THERAPIEN:

keine Physiotherapie

Anderweitige Therapien:

Pro Woche:

Pro Monat:

9.0 ALLGEMEINES ZUR BETREUENDEN PERSON

9.1 CHARAKTEREIGENSCHAFTEN

agil	schweigsam
akkurat	selbstständig
ausgeglichen	offen
cholerisch	sorgfältig
distanziert	humorvoll
fürsorglich	zurückhaltend
kommunikativ	starrköpfig

9.2 EIGENE KURZE BESCHREIBUNG:

9.3 VORLIEBEN

(Hobbys, Gewohnheiten, Rituale etc.)

10.0 HAUSTIERE

ja nein

Art und Umfang der Haustierversorgung:

wenn ja, welche/s Tier/e:

wie viele:

Versorgung der Haustiere erwünscht:

ja nein teilweise

11.0 DIE HAUSHALTS- UND BETREUUNGSHILFE

11.1 ANFORDERUNG AN DIE PERSON

Geschlecht:	weiblich	männlich	nicht relevant		
Alter:	20-30 Jahre	30-40 Jahre	40-50 Jahre	nicht relevant	
Sprach- kenntnisse:	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schwach
Sonstige Anforderung:	Führerschein erforderlich	Rauchen erlaubt	Nichtraucher		
Nachteinsätze erforderlich:	keine	selten	regelmäßige Nachteinsätze	wie oft pro Woche:	

Beschreibung zur Art des Nachteinsatzes:

Wie wird auf einen Nachteinsatz aufmerksam gemacht:

11.2 TÄTIGKEITSFELD

	Ja, täglich/ regelmäßig	nach Bedarf	nein
Einkäufe			
Mahlzeiten- und Getränkezubereitung			
Waschen			
Bügeln und Wäscheverarbeitung			
Reinigung der Wohnräume			
Pflanzenpflege			
leichte Gartenarbeiten (Angabe qm)			
leichte Arbeiten vor dem Haus			
leichte Arbeiten an Gemeinschaftsflächen			
Räumarbeiten im Winter			
Begleitung bei Arzt-/ Therapeutenbesuchen			
Sind weitere Haushaltshilfen vor Ort			
Wenn ja, wie oft:			

Anmerkung / Weitere Unterstützungen notwendig:

11.3 WOHNRAUM & UMGEBUNG

Lage des Wohnraumes:	Stadtmitte	Stadttrand	Kleinstadt	Dorf
Wohnsituation:	Einfam.-Haus	Mehrfam.-Haus	Wohnung	
	Stockwerke	Zimmeranzahl	qm	
Fußläufig erreichbar:	Einkaufsmöglichkeiten	Apotheken	Ärzte	
Angehörige erreichbar:	im selben Wohnraum	im selben Ort	nicht in der Nähe	

11.4 WOHNRAUM AUSSTATTUNG FÜR DIE HAUSHALTS- UND BETREUUNGSKRAFT (M/W)

Bett
Schrank
Tisch
eigenes WC
eigenes Bad mit Dusche
Radio
Fernseher
Computer
Internet

Anmerkung:

11.5 FREIZEITMÖGLICHKEITEN IN DER NÄHE

(fußläufig erreichbar)
für die Haushalts- und Betreuungskraft
(m/w)

Cafe
Restaurant
Schwimmbad
Freibad / See
Wald & Geh-,
Wanderwege

Sonstiges:

11.6 FORTBEWEGUNGSMITTEL IN DER NÄHE

(fußläufig erreichbar)

S-Bahn
U-Bahn
Bahnhof
Busbahnhof
Ist ein Fahrrad zur
Nutzung vorhanden

Anmerkung:

11.7 EINSATZDAUER DER HAUSHALTS- UND BETREUUNGSKRAFT (M/W)

An welchen Tagen in der Woche?

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

2 bis 4 Monate bis 6 Monate Dauerhaft

Beginn des Einsatzes:

Was ist Ihnen außerdem noch wichtig:

12.0 NOTFALL LISTE

WER IST IM NOTFALL IN DIREKTER NÄHE ERREICHBAR

WIE ZU ERREICHEN

WEITERE NOTFALLNUMMER

PFLEGEDIENST

HAUSARZT

NOTRUF

POLIZEI

FEUERWEHR

13.0 HINWEIS:

Alle Fragen und Angaben in dieser Unterlage wurden mit größter Sorgfalt und so vollständig wie möglich zusammengestellt. Gleichwohl kann das Vorhandensein von Fehlern nicht ausgeschlossen werden.

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben übernimmt Care-Solution daher keine Gewähr. Die Angabe der personenbezogenen Daten in dieser Unterlage dienen der Information und der Möglichkeit einen Leistungsüberblick zu erhalten. Sie stellt für beide Seiten kein vertragliches Angebot oder eine Verpflichtung dar.

Diese Unterlage und die darin enthaltenen Fragen und Informationen sind ausschließlich für den jeweiligen Empfänger bestimmt. Die unbefugte Weitergabe an Dritte ist untersagt. Care-Solution geht davon aus, dass die hier enthaltenen Angaben der personenbezogenen Daten freiwillig und mit Zustimmung aller beteiligten Personen erfolgt ist. Eine Weitergabe der personenbezogenen Daten durch Care-Solution an außenstehende Dritte erfolgt nicht, sofern keine ausdrückliche Zustimmung des Nutzers abgegeben wurde.

Bei der Begründung, inhaltlichen Ausgestaltung oder Änderung eines Angebotes oder Vertragsverhältnisses zwischen Ihnen und Care-Solution und unseren osteuropäischen Kooperationspartnern, erheben und verwenden wir, im Rahmen der Erforderlichkeit, Ihre personenbezogene Daten.

14.0 BESTÄTIGUNG:

Hiermit bestätige ich die Seiten 1 bis 11 vollständig zur Kenntnis genommen zu haben:

Ort

Datum

Unterschrift

WIR SIND DA:

BETREUUNGSAGENTUR BECK

Käthe-Kollwitz-Str. 11, D-83024 Rosenheim

Email: info@betreuungsagentur-beck.de
www.betreuungsagentur-beck.de

Telefon: +49 (0) 8031 / 88 734-27
Telefax: +49 (0) 8031 / 88 734-28