

Wann soll der Einsatz beginnen?

- schnellstmöglich
 unbefristet

ab: _____
befristet für: _____

1. KONTAKTDATEN

1.1 ANSPRECHPARTNER (z.B. Angehöriger/gesetzlicher Vertreter)

Vorname: _____ Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Tel-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____ Fax-Nr.: _____
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person: _____

1.2 HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Vorname: _____ Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Tel-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____ Fax-Nr.: _____

1.3 ENTLASTUNGSBETRAG

Möchten Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € nach §45b SGB XI in Anspruch nehmen?

Wenn ja:

Name Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

2. HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.1 ZUR PERSON

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

- 1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

2.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

- Altersschwäche Depression Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt)
 Unfall/Sturz Schlaganfall Schwäche nach stationärer Behandlung
 Parkinson Diabetes Amputation
 Einsamkeit Sonstiges

Krebs, Art: _____

Anmerkungen:

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja, Folgende: _____

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

nein ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z.B. Dekubitus)?

nein ja, Folgende: _____

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein wöchentlich mehrmals pro Woche täglich mehrmals täglich

Wenn ein amb. Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er auch weiterhin übernehmen?

2.3 INKONTINENZ

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

nein teilweise (z.B. nachts) Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Dauerkatheter künstlicher Blasenaustrag künstlicher Darmaustrag

Verwendet die hilfsbedürftige Person Inkontinenzmaterialien?

nein ja, Wechsel erfolgt selbständig ja, Wechsel erfolgt durch Betreuungsperson

2.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehen: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark eingeschränkt blind
 Hören: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark eingeschränkt gehörlos
 Sprechen: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark eingeschränkt verstummt

2.5 MOBILITÄT

Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

Bewegung: selbständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen
Treppensteigen: selbständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen
Baden/Duschen: selbständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen
An-/Auskleiden: selbständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

nein ja

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

nein ja, aber Hilfe beim Umlagern ist nicht notwendig ja, Hilfe beim Umlagern ist notwendig

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Pflegebett Hebegurt/-sitz Treppenlift Toiletten-/Duschstuhl
 Rollstuhl Rollator Weitere: _____

Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

- nein ja, sie muss gestützt werden
 ja, die Hand muss gereicht werden vollständig auf Hilfe angewiesen

Ist ein Transfer vom Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

- nein ja, in folgender Häufigkeit pro Tag: _____

2.6 DEMENZANAMNESE (falls nicht relevant weiter mit dem nächsten Punkt)

Welche Demenz liegt vor?

- anfängliche Demenz fortgeschrittene Demenz

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

- nein zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) örtlich („Wo bin ich?“)
 räumlich („Wo ist die Toilette?“) situativ („Was mache ich hier gerade?“)
 zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

2.7 MENTALE VERFASSUNG

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

- nein ja, welche? _____

Anmerkungen: _____

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

- nein Angstzustände Apathie (Teilnahmslosigkeit) Halluzinationen
 Hin- oder Weglauftendenz gestörter Tag-/Nachtrythmus starke Unruhe
 Ablehnung der Körperpflege

Anmerkungen: _____

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

- Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig. Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden.

Anmerkungen: _____

2.8 BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

- Kochen/Backen Spaziergänge Musik Natur Tiere
 Lesen/Literatur Fernsehen Handarbeiten Gesellschaftsspiele
 Weitere: _____

2.9 AUFGABEN BETREUUNGSPERSON

Bei welchen leichten, pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege ausgeschlossen ist.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene | <input type="checkbox"/> Erinnerung an Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> Intimpflege |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen | <input type="checkbox"/> Toilettengänge |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme | |
| <input type="checkbox"/> Weitere: _____ | | |

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

- nein gelegentlich jede Nacht mehrmals pro Nacht

Wenn eine Nachtbetreuung notwendig ist, welche Aufgaben müssen übernommen werden?

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

- Klingel „Babyphone“ Rufen

Kann ein Freizeitausgleich für die Nachtbetreuung gewährleistet werden?

- nein ja, durch _____

3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

3.1 WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSPERSON

Welches Geschlecht bevorzugen Sie?

- egal weiblich männlich

Welches Alter bevorzugen Sie?

- egal bis 50 Jahre älter als 50 Jahre

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuungsperson erforderlich?

- Kategorie I Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen
(Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie II Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen
(Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)
- Kategorie III Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten verständigen
(Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

Führerschein*

- egal ja nein

Würde die Betreuungsperson ein Auto zur Verfügung gestellt bekommen? ja nein

- Automatik Schaltgetriebe

Fahrzeugmarke: _____

Rauchen? egal Rauchen nur draußen

* Der Kfz-Halter trägt Sorge für die versicherungstechnische Absicherung

3.2 ALLGEMEINE ANGABEN ZUM HAUSHALT

Welche Ausstattungsdetails stehen der Betreuungsperson (neben einem eigenen Zimmer) zur Verfügung?

eigenes Bad TV Fahrrad Auto weitere: _____

Wird der Betreuungsperson ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?

ja, bereits vorhanden ja, wird noch bereitgestellt nicht möglich

Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?

zu Fuß mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit dem Fahrrad nur mit dem Auto

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

nein ja, Folgende: _____

Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch?

nein ja, in folgender Regelmäßigkeit: _____

Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?

Haus Wohnung Sonstiges: _____

Wie ist die Wohnanlage?

Stadt Dorf ländlich, außerhalb

Lebt die hilfsbedürftige Person allein im Haushalt?

ja nein, gemeinsam mit: _____

Müssen für die zweite Person Aufgaben übernommen werden?

Essen kochen Wäsche Weitere: _____

3.3 ANGABEN ZUR HAUSHALTSFÜHRUNG

Soll die Betreuungsperson kochen?

nein ja, für: _____ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

nein ja, ca: _____ m²

Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

Blumenpflege Einkaufen Waschen/Bügeln

Weitere: _____

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen?

nein ja, Folgende: _____

3.4 FREIZEITREGELUNG

In welcher Form kann der Betreuungsperson Freizeit ermöglicht werden?

ein freier Tag pro Woche zwei halbe freie Tage pro Woche mehrere Stunden pro Tag

Anmerkungen: _____

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

3.5. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? (optional)

- Krankenhaus in _____ Beratungsstelle aus _____
- Internetrecherche Persönliche Empfehlung von _____
- Arzt/Therapeut _____ Sonstiges _____
- ambulanter Pflegedienst, Name _____

3.6 NEWSLETTER-ANMELDUNG

- Ich erkläre mich damit einverstanden, den regelmäßigen E-Mail-Newsletter mit Ratgeber-Tipps und Wissenswertem zum Thema „Pflege“ sowie Infos rund um die Betreuung24 unter der auf Seite 1 genannten E-Mail-Adresse zu erhalten. Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbestimmungen der Betreuung24 und bestätige, dass ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, wie im Hinweis zum Datenschutz beschrieben, informiert bin und ihnen zustimme. Meine Einwilligung kann jederzeit durch in jedem Newsletter aufgeführten Link zur Abmeldung widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten bisherigen Datenverarbeitung berührt wird.
- nein, danke.

HINWEIS ZUM DATENSCHUTZ

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen. Mit der Übermittlung des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß eingetragen haben und die Einwilligung der weiteren Personen besitzen, deren personenbezogene Daten Sie neben Ihren eigenen angegeben haben.

Weitere Infos zu unserem Datenschutz finden Sie unter: <https://www.betreuung24-senioren.de/datenschutz.html>