

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: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

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>