

für eine 24h Betreuung

Wann soll der Einsatz beginnen?

schnellstmöglich ab: _____

unbefristet befristet für: _____

1. KONTAKTDATEN

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

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax-Nr.: _____

Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person: _____

1.2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Mobil: _____

1.3. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (optional)

Vorname: _____ Nachname: _____

2. ERSTE 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 Angstzustände Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt)

Unfall / Sturz Depression körperliche Schwäche nach stationärer Behandlung

Parkinson Schlaganfall rheumatische Erkrankung

Einsamkeit Diabetes Amputation

Krebs, Art: _____

Anmerkungen:

2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.2. DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

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, wird versorgt durch: _____

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 Einlagen oder Inkontinenzmaterialien?

nein ja, Wechsel erfolgt selbstständig 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: selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen
Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen
Baden/Duschen: selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen
An-/Auskleiden: selbstständig mit Unterstützung vollständig auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.5. MOBILITÄT

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

- nein ja

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

- nein ja, 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. DEMENZ-ANAMNESE *(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 mach ich hier gerade?“)
 zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) zu anderen Personen („Woher kenn ich dich?“)

2.7. MENTALE VERFASSUNG

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

- nein ggü. sich selbst ggü. anderen Personen ggü. Gegenständen ja, verbal

Anmerkungen: _____

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

- nein Angstzustände Apathie (Teilnahmslosigkeit) Halluzinationen
 Hin- oder Weglauftendenz gestörter Tag-/Nachtrhythmus 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. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.8. INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

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

2.9. AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

Bei welchen leichten, pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass Behandlungspflege und das Verabreichen von Medikamenten ausgeschlossen sind.)

- Körperhygiene Erinnerung an Medikamenteneinnahme Intimpflege
 Nahrungsaufnahme Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen Toilettengänge
 An- und Auskleiden Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme
 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

3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

3.1. WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSPERSON

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung 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

Rauchen?

- egal zwingend Nichtraucher Rauchen nur draußen

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?

- nur 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. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

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 Waschen/Bügeln Einkaufen
 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. ABHOLUNG BEI ANREISE

Ist eine Abholung der Betreuungsperson möglich?

- Abholung persönlich vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich
 Abholung durch Dritte (*Bekannte oder Taxiunternehmen*) vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich
 keine Abholung möglich

Anmerkungen: _____

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

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



HINWEISE 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 personenbezogenen Daten Sie neben Ihren eigenen angegeben haben.

4. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (optional)

4.1. ZUR PERSON

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

4.2. DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

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, wird versorgt durch: _____

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?

4.3. INKONTINENZ

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

nein teilweise (z.B. nachts) Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Dauerkatheter künstlicher Blasenaustritt künstlicher Darmaustritt

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterialien?

nein ja, Wechsel erfolgt selbstständig ja, Wechsel erfolgt durch Betreuungsperson

4.4. KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

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

4. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (optional)

4.5. MOBILITÄT

Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

- | | | | |
|-----------------|--|--|---|
| Bewegung: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Treppensteigen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Baden/Duschen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| An-/Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |

Ergänzungen:

4.5. MOBILITÄT

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

- nein ja

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

- nein ja, 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: _____

4.6. DEMENZ-ANAMNESE (falls nicht relevant weiter mit dem nächsten Punkt)

Welche Demenz liegt vor?

- anfängliche Demenz fortgeschrittene Demenz

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

- | | | |
|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) | <input type="checkbox"/> örtlich („Wo bin ich?“) |
| | <input type="checkbox"/> räumlich („Wo ist die Toilette?“) | <input type="checkbox"/> situativ („Was mach ich hier gerade?“) |
| | <input type="checkbox"/> zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) | <input type="checkbox"/> zu anderen Personen („Woher kenn ich dich?“) |

4.7. MENTALE VERFASSUNG

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

- nein ggü. sich selbst ggü. anderen Personen ggü. Gegenständen ja, verbal

Anmerkungen: _____

4. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (optional)

4.7. MENTALE VERFASSUNG

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

- | | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahmslosigkeit) | <input type="checkbox"/> Halluzinationen |
| | <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz | <input type="checkbox"/> gestörter Tag-/Nachtrhythmus | <input type="checkbox"/> starke Unruhe |
| | <input type="checkbox"/> 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: _____

4.8. INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kochen/Backen | <input type="checkbox"/> Spaziergänge | <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> Natur | <input type="checkbox"/> Tiere |
| <input type="checkbox"/> Lesen/Literatur | <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> Handarbeiten | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | |
| <input type="checkbox"/> Weitere: | _____ | | | |

4.9. AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

Bei welchen leichten, pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass Behandlungspflege und das Verabreichen von Medikamenten ausgeschlossen sind.)

- | | | |
|---|---|---|
| <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 | |

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 _____