

# FRAGEBOGEN

zur Betreuungssituation



Um ein unverbindliches Angebot für eine Betreuung in häuslicher Gemeinschaft zu erhalten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

**Wunsch-Einsatzbeginn:**  schnellstmöglich  ab \_\_\_\_\_

## 1. ANSPRECHPARTNER (z. B. Angehöriger / gesetzlicher Betreuer)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. 1: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. 2: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Verwandschaftsverhältnis zur hilfsbedürftigen Person: \_\_\_\_\_

## 2. HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

## 3. ALLGEMEINE ANAMNESE

### 3.1 Zur Person

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

### Pflegestufe (bis 31.12.2016)

0  1  2  3  Härtefall

### Pflegegrad (ab 01.01.2017)

1  2  3  4  5

derzeit keine Pflegestufe/keinen Pflegegrad

höhere Pflegestufe/höherer Pflegegrad beantragt

### 3.2 Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit

Demenz (z. B. Alzheimer)

Einsamkeit

Herzinfarkt/Herzerkrankung

Altersschwäche

Angstzustände

geschwächt (KH-Aufenthalt)

Krebs

Depression

Parkinson

Unfall/Sturz

Schlaganfall

Amputation

rheumatische Erkrankungen

Diabetes

weitere:

### 3.3 Hauptgrund für die Betreuungsbedürftigkeit

### 3.4 Inkontinenz

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

- Nein  
 teilweise (z. B. nachts)  
 Ja:       Urin       Stuhl       Dauerkatheter  
                  Stoma (Harnleiter)       Stoma (Darm)

Wechseln von Einlagen oder Inkontinenzmaterial:

- selbstständig       durch Betreuungsperson

### 3.5 Mobilität

Ist die hilfsbedürftige Person mobil?

- Ja       Ja, mit Rollator oder Gehstock       Ja, mit Rollstuhl       Nein

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?       Ja       Nein  
    bereits gestürzt

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?       Ja       Nein

Falls die hilfsbedürftige Person bettlägerig ist:

- Hilfe beim Umlagern       Dekubitus (Druckgeschwür, wird von \_\_\_\_\_ versorgt)

Transfer vom Bett in Rollstuhl/Toilettenstuhl notwendig?

- Ja, wie oft/Tag? \_\_\_\_\_       Nein

Hilfsbedürftige Person muss angehoben werden:       Ja       Nein

Wird eine kräftige Betreuungsperson benötigt?       Ja       Nein

Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:

- Hebegurt/-sitz       Krankenbett       Patientenlift       Toilettenstuhl

Andere: \_\_\_\_\_

- Bewegung:       selbstständig       mit Unterstützung  
Treppensteigen:       selbstständig       mit Unterstützung       nicht möglich  
Baden/Duschen:       selbstständig       mit Unterstützung       komplett auf Hilfe angewiesen  
An/ Auskleiden:       selbstständig       mit Unterstützung       komplett auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

### 3.6 Mentale Verfassung

- keine geistige Beeinträchtigung       gestörter Tag-/Nacht-Rythmus       Weglauftendenz  
 Persönlichkeitsveränderung mit ...  
     Aggressivität       Apathie (Teilnahmslosigkeit)       starker Unruhe  
     Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 3.7 Kommunikationsfähigkeit

keine Einschränkungen

Sehen:  eingeschränkt  nahezu erblindet  erblindet

Hören:  eingeschränkt  nahezu gehörlos  gehörlos

Sprechen:  eingeschränkt  nahezu verstummt  verstummt

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

Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Nein

### 3.9 Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst für die hilfsbedürftige Person in Anspruch genommen?

Ja  Nein

Falls ja: Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort? Welche Aufgaben soll er weiterhin übernehmen?

\_\_\_\_\_

### 3.10 Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Ja, \_\_\_\_\_

Nein

## 4. DEMENZ-ANAMNESE (wenn keine Demenz vorliegt, bitte weiter bei Punkt 5)

### 4.1 Welche Einschränkungen gibt es bei der Orientierung der hilfsbedürftigen Person?

zeitlich (z. B. kennt Jahreszeiten, Alter) \_\_\_\_\_

räumlich (z. B. findet Schlafzimmer, Bad) \_\_\_\_\_

personell (ggü. anderen Personen) \_\_\_\_\_

personell (ggü. sich selbst) \_\_\_\_\_

### 4.2 Welche Herausforderungen gibt es für die Betreuungsperson?

Aggressivität der hilfsbedürftigen Person, falls ja:

autoaggressiv  fremdaggressiv  sachaggressiv  verbalaggressiv

Angstzustände \_\_\_\_\_

Apathie \_\_\_\_\_

Halluzinationen \_\_\_\_\_

gestörter Tag-/Nacht-Rythmus \_\_\_\_\_

starke Unruhe \_\_\_\_\_

Weglauftendenz (nachts oder tagsüber) \_\_\_\_\_

Wird Körperpflege gut zugelassen? \_\_\_\_\_

### 4.3 Hinweise zur Kommunikation und zum Kontakt zw. Betreuungsperson und hilfsbedürftiger Person:

Hilfsbedürftige Person braucht direkte Aktivierung/Ansprache.

Hilfsbedürftige Person will eher in Ruhe gelassen werden.

Folgende Themen ermöglichen einen guten Zugang zur hilfsbedürftigen Person:

---

Wie kommuniziert man am besten mit der hilfsbedürftigen Person bei Krisen?

---

Ergänzungen:

## 5. AUFGABEN UND ANGABEN FÜR BETREUUNGSPERSON

### 5.1 Leichte pflegerische Tätigkeiten

Wofür wird tägliche Hilfe benötigt?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperhygiene  | <input type="checkbox"/> an Medikamenteneinnahme erinnern             |
| <i>(Hinweis: Das Verabreichen von Medikamenten ist aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen.)</i> |   |
| <input type="checkbox"/> Intimpflege  | <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren           |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden   | <input type="checkbox"/> Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme   | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang                     |

Sonstiges:

### 5.2 Nächtliche Betreuung

Ist eine nächtliche Betreuung notwendig?

- Nein       Ja, gelegentlich       Ja, jede Nacht       Ja, mehrmals jede Nacht

Welche Aufgaben müssen übernommen werden?

Wie wird die Betreuungsperson gerufen?

---

Wie wird der Freizeitausgleich für die Nachtbetreuung gewährleistet?

### 5.3 Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

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

#### 5.4 Hinweise zum Verhalten der hilfsbedürftigen Person und zum Umgang der Betreuungsperson mit ihr:

Gibt es Rituale? (z. B. Zeitung lesen, Kirchgang)

---

Tätigkeiten, welche die hilfsbedürftige Person selber ausführt:

---

Tätigkeiten, welche die hilfsbedürftige Person und die Betreuungsperson gemeinsam tun können:

---

Gesprächsthemen, die vermieden werden sollen:

---

## 6. ANGABEN ZUM HAUSHALT/HAUSHALTSTÄTIGKEITEN

Kochen für \_\_\_\_ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Wohnfläche reinigen, wenn ja: \_\_\_\_ qm

Balkon- und Blumenpflege

Waschen/Bügeln

Einkaufen

Haustiere, falls ja: welche? \_\_\_\_\_ Mitversorgung?  Ja  Nein

Die hilfsbedürftige Person wohnt in:

einem Einfamilienhaus

einer Wohnung

Dorf

Kleinstadt

Vorort

Großstadt

Der Betreuungsperson steht zur Verfügung:

eigenes Zimmer

eigenes Bad

PC

Internet bereits vorhanden

Internet wird noch bereitgestellt

Weitere Angaben: \_\_\_\_\_

Gibt es viele Treppen?

Ja

Nein

Lebt die hilfsbedürftige Person alleine im Haushalt?

Ja

Nein

Falls nein, wer lebt noch mit im Haushalt? \_\_\_\_\_

Müssen für die im Haushalt lebenden Personen Aufgaben erfüllt werden?

Ja

Nein

Falls ja, welche?: \_\_\_\_\_

Kommen die Angehörigen der hilfsbedürftigen Person zu Besuch?

Ja

Nein

Falls ja, wie oft?: \_\_\_\_\_

Wohnen die Angehörigen in der Nähe?

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Falls ja, welche?: \_\_\_\_\_

Welche Einkaufsmöglichkeiten gibt es in der Nähe? \_\_\_\_\_

Wie weit entfernt sind diese? \_\_\_\_\_

Sind öffentliche Verkehrsmittel zu Fuß erreichbar? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## 7. ERWARTUNGEN AN DIE BETREUUNGSPERSON

Geplante Einsatzdauer:  unbefristet  befristet auf \_\_\_\_\_ Monate

Bevorzugtes Geschlecht:  weiblich  männlich  egal

Bevorzugtes Alter:  <30  30-40  40-50  >50  egal

### 7.1 Eigenschaften der Betreuungsperson und Wesen der hilfsbedürftigen Person

Welche Charaktereigenschaften sollte die Betreuungsperson mitbringen?

Worauf sollte die Betreuungsperson im Umgang mit der hilfsbedürftigen Person besonders achten?

Was ist Ihnen bei der Betreuungsperson noch wichtig?

Wie würden Sie das Wesen der betreuten Person beschreiben?

### 7.2 Deutschkenntnisse

Kategorie 1 kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen  
(entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)

Kategorie 2 kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen  
(entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)

Kategorie 3 kann klare Sprache verstehen und sich mit einfachen Worten ausdrücken  
(entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

### 7.3 Führerschein

(Falls ja: Bitte beachten Sie die Haftungsregelungen im Dienstleistungsvertrag und berücksichtigen Sie bitte, dass der Personentransport nicht Teil der Dienstleistung ist.)

Ja  Nein

Welche Fahrten soll die Betreuungsperson mit dem Auto übernehmen?

zum regelmäßigen Einkaufen  für Notfälle

Andere: \_\_\_\_\_

Hat das Auto eine Automatikschaltung?  Ja  Nein

Ist ein Fahrrad für die Betreuungsperson vorhanden?  Ja  Nein

### 7.4 Nichtraucher

egal  Rauchen nur außerhalb der Wohnräume  unbedingt Nichtraucher

Kommentare: \_\_\_\_\_

### 7.5 Wen kann die Betreuungsperson im Notfall kontaktieren?

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (beruflich): \_\_\_\_\_ Telefon (privat/mobil): \_\_\_\_\_

## 8. WEITERE ANMERKUNGEN

### 8.1 Freizeit: Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson frei hat?

### 8.2 Abholung bei Anreise

Ist es Ihnen möglich, die Betreuungsperson bei Anreise am nächstgelegenen internationalen (Bus)-Bahnhof auf eigene Kosten abzuholen oder abholen zu lassen (z. B. Taxi)?  Ja  Nein

### 8.3 Optionale Angaben (z. B. zum Betreuungsablauf)

## 9. VERTRAGSINFORMATIONEN (Angaben im Falle eines Vertragsabschlusses)

### Vertragspartner

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger

(falls abweichend vom Vertragspartner)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

## 10. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Krankenhaus
- Ambulanter Pflegedienst
- Spezielle Beratungsstelle
- Arzt oder Therapeut
- Persönliche Empfehlung
- Internetrecherche (z. B. Google)
- Sonstiges

Weitere Angaben (z. B. Name und Ort des Krankenhauses)

Durch Ausfüllen des Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Erfüllung Ihres Auftrages an ausgewählte Partnerunternehmen von Betreuung24 weitergegeben werden dürfen.

# ZUSATZFRAGEBOGEN

Bitte nur ausfüllen bei einer  
**zweiten hilfsbedürftigen Person** im Haushalt.



## 1. ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Verwandschaftsverhältnis zur 1. hilfsbedürftigen Person: \_\_\_\_\_

## 2. ALLGEMEINE ANAMNESE

### 2.1 Zur Person

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

### Pflegestufe (bis 31.12.2016)

0  1  2  3  Härtefall

### Pflegegrad (ab 01.01.2017)

1  2  3  4  5

derzeit keine Pflegestufe/keinen Pflegegrad

höhere Pflegestufe/höherer Pflegegrad beantragt

### 2.2 Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit

Demenz (z. B. Alzheimer)

Einsamkeit

Herzinfarkt/Herzerkrankung

Altersschwäche

Angstzustände

geschwächt (KH-Aufenthalt)

Krebs

Depression

Parkinson

Unfall/Sturz

Schlaganfall

Amputation

rheumatische Erkrankungen

Diabetes

weitere:

### 2.3 Hauptgrund für die Betreuungsbedürftigkeit

### 2.4 Inkontinenz

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

Nein

teilweise (z. B. nachts)

Ja:

Urin

Stuhl

Dauerkatheter

Stoma (Harnleiter)

Stoma (Darm)

Wechseln von Einlagen oder Inkontinenzmaterial:

selbstständig

durch Betreuungsperson

### 2.5 Mobilität

Ist die hilfsbedürftige Person mobil?

Ja

Ja, mit Rollator oder Gehstock

Ja, mit Rollstuhl

Nein



Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?  Ja  Nein  
 bereits gestürzt

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?  Ja  Nein

Falls die hilfsbedürftige Person bettlägerig ist:

Hilfe beim Umlagern  Dekubitus (Druckgeschwür, wird von \_\_\_\_\_ versorgt)

Transfer vom Bett in Rollstuhl/Toilettenstuhl notwendig?

Ja, wie oft/Tag? \_\_\_\_\_  Nein

Hilfsbedürftige Person muss angehoben werden:  Ja  Nein

Wird eine kräftige Betreuungsperson benötigt?  Ja  Nein

Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:

Hebegurt/-sitz  Krankenbett  Patientenlift  Toilettenstuhl

Andere: \_\_\_\_\_

Bewegung:  selbstständig  mit Unterstützung

Treppensteigen:  selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich

Baden/Duschen:  selbstständig  mit Unterstützung  komplett auf Hilfe angewiesen

An/ Auskleiden:  selbstständig  mit Unterstützung  komplett auf Hilfe angewiesen

## 2.6 Mentale Verfassung

keine geistige Beeinträchtigung  gestörter Tag-/Nacht-Rythmus  Weglauftendenz

Persönlichkeitsveränderung mit ...

Aggressivität  Apathie (Teilnahmslosigkeit)  starker Unruhe

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 2.7 Kommunikationsfähigkeit

keine Einschränkungen

Sehen:  eingeschränkt  nahezu erblindet  erblindet

Hören:  eingeschränkt  nahezu gehörlos  gehörlos

Sprechen:  eingeschränkt  nahezu verstummt  verstummt

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

Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

## 2.9 Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst für die hilfsbedürftige Person in Anspruch genommen?

Ja  Nein

Falls ja: Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort? \_\_\_\_\_

Welche Aufgaben soll er weiterhin übernehmen? \_\_\_\_\_

## 2.10 Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Ja, \_\_\_\_\_  Nein

### 3. DEMENZ-ANAMNESE (wenn keine Demenz vorliegt, bitte weiter bei Punkt 4)

#### 3.1 Welche Einschränkungen gibt es bei der Orientierung der hilfsbedürftigen Person?

- zeitlich (z. B. kennt Jahreszeiten, Alter) \_\_\_\_\_
- räumlich (z. B. findet Schlafzimmer, Bad) \_\_\_\_\_
- personell (ggü. anderen Personen) \_\_\_\_\_
- personell (ggü. sich selbst) \_\_\_\_\_

#### 3.2 Welche Herausforderungen gibt es für die Betreuungsperson?

- Aggressivität der hilfsbedürftigen Person, falls ja:
  - autoaggressiv
  - fremdaggressiv
  - sachaggressiv
  - verbalaggressiv
- Angstzustände \_\_\_\_\_
- Apathie \_\_\_\_\_
- Halluzinationen \_\_\_\_\_
- gestörter Tag-/Nacht-Rythmus \_\_\_\_\_
- starke Unruhe \_\_\_\_\_
- Weglauftendenz (nachts oder tagsüber) \_\_\_\_\_
- Wird Körperpflege gut zugelassen? \_\_\_\_\_

#### 3.3 Hinweise zur Kommunikation und zum Kontakt zw. Betreuungsperson und hilfsbedürftiger Person:

- Hilfsbedürftige Person braucht direkte Aktivierung/Ansprache.
- Hilfsbedürftige Person will eher in Ruhe gelassen werden.

Folgende Themen ermöglichen einen guten Zugang zur hilfsbedürftigen Person:

\_\_\_\_\_

Wie kommuniziert man am besten mit der hilfsbedürftigen Person bei Krisen?

\_\_\_\_\_

Ergänzungen:

### 4. AUFGABEN UND ANGABEN FÜR BETREUUNGSPERSON

#### 4.1 Leichte pflegerische Tätigkeiten

Wofür wird tägliche Hilfe benötigt?

- Körperhygiene
- an Medikamenteneinnahme erinnern  
*(Hinweis: Das Verabreichen von Medikamenten ist aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen.)*
- Intimpflege
- Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren
- An- und Auskleiden
- Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
- Nahrungsaufnahme
- Hilfe beim Toilettengang

Sonstiges:

## 4.2 Nächtliche Betreuung

Ist eine nächtliche Betreuung notwendig?

- Nein       Ja, gelegentlich       Ja, jede Nacht       Ja, mehrmals jede Nacht

Welche Aufgaben müssen übernommen werden?

Wie wird die Betreuungsperson gerufen?

---

Wie wird der Freizeitausgleich für die Nachtbetreuung gewährleistet?

## 4.4 Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

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

## 4.5 Hinweise zum Verhalten der hilfsbedürftigen Person und zum Umgang der Betreuungsperson mit ihr:

Gibt es Rituale? (z. B. Zeitung lesen, Kirchgang)

---

Tätigkeiten, welche die hilfsbedürftige Person selber ausführt:

---

Tätigkeiten, welche die hilfsbedürftige Person und die Betreuungsperson gemeinsam tun können:

---

Gesprächsthemen, die vermieden werden sollen:

---

Wie würden Sie das Wesen der betreuten Person beschreiben?

Worauf sollte die Betreuungsperson im Umgang mit der hilfsbedürftigen Person besonders achten?