PremiumPflege24

Betreuung mit Herz

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)
☐ Altersschwäche
☐ Krebs
☐ Unfall/Sturz
☐ rheumatische Erkrankungen
☐ Einsamkeit
☐ Angstzustände
☐ Depression
☐ Schlaganfall
☐ Diabetes
☐ Herzinfarkt/Herzerkrankung
☐ geschwächt (KH-Aufenthalt)
☐ Parkinson
☐ Amputation
☐ weitere:

3.3. Hauptgrund für die Betreuungsbedürftigkeit

Opernplatz 14, 60313 Frankfurt/Main 015 510537858 info@premiumpflege24h.de

3.4. Inkontinenz

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

☐ Nein ☐ Ja: ☐ Urin ☐ Stuhl ☐ Dauerkatheter
☐ teilweise (z. B. nachts) ☐ 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:	Hören:	Sprechen:
☐ eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ eingeschränkt
☐ nahezu erblindet	☐ nahezu gehörlos	☐ nahezu verstummt
☐ erblindet	☐ gehörlos	☐ verstummt

Opernplatz 14, 60313 Frankfurt/Main 015 510537858 info@premiumpflege24h.de

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 Name Pflegedienst: _____
☐ 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?

_____

Opernplatz 14, 60313 Frankfurt/Main 015 510537858 info@premiumpflege24h.de

Ergänzungen:

5. AUFGABEN UND ANGABEN FÜR BETREUUNGSPERSON

5.1. Leichte pflegerische Tätigkeiten

Wofür wird tägliche Hilfe benötigt?

- ☐ Körperhygiene
- ☐ an Medikamenteneinnahme erinnern
- ☐ Intimpflege
- ☐ An- und Auskleiden
- ☐ Nahrungsaufnahme
- ☐ Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren
- ☐ Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
- ☐ Hilfe beim Toilettengang

(Hinweis: Das Verabreichen von Medikamenten ist aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen.)

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

- ☐ Kochen/Backen
- ☐ Natur/Tiere
- ☐ Handarbeiten
- ☐ Spazierengehen
- ☐ Lesen/Literatur
- ☐ Gesellschaftsspiele
- ☐ Musik
- ☐ Fernsehen
- ☐ 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:

Opernplatz 14, 60313 Frankfurt/Main 015 510537858 info@premiumpflege24h.de

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?

Opernplatz 14, 60313 Frankfurt/Main 015 510537858 info@premiumpflege24h.de

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

☐ Ja
☐ Nein

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

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

Kommentare:

7.4. 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?

Opernplatz 14, 60313 Frankfurt/Main 015 510537858 info@premiumpflege24h.de

8.2. Abholung bei Anreise

Ist es Ihnen möglich, die Betreuungsperson bei Anreise am nächstgelegenen internationalen (Bus)-Bahnhonf 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: _____

Ihr Hausarzt

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 der Sozialagentur Oberbayern weitergegeben werden dürfen.

Opernplatz 14, 60313 Frankfurt/Main 015 510537858 info@premiumpflege24h.de