



Betreuungsfragebogen

1. Angaben zur Kontaktperson (Auftraggeber)

Name Herr/Frau _____
Vorname _____
Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person _____
Straße, Nr _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Fax _____
E-Mail _____

2. Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name / Vorname, Herr/Frau _____
Geburtsdatum / Alter _____
Größe / Gewicht _____ cm / _____ kg
Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Hausarzt _____
Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes Datum _____
Voraussichtliche Dauer des Einsatzes Datum _____

3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad: keinen Pflegegrad 1 2 3 4 5
 beantragt 1 2 3 4 5

Betreuungsfragebogen

Welche Krankheitsbilder sind bekannt (z. B. Schlaganfall, Parkinson, etc.)?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall re. li. |
| <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | |

Sonstige: _____

Grundsätzliche Fragen

- Ist die zu betreuende Person bettlägerig? ja nein
- Muss die zu betreuende Person gelagert werden? ja nein
- Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? ja nein
- Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? ja nein
- Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ja nein
- Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? ja nein
- Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche? _____

- Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“, welche? _____

Mit wem wohnt die zu betreuende Person zusammen?

- Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ja nein
- Ist die zu betreuende Person Raucher? ja nein
- Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ja nein
- Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen? ja nein

Ambulanter Pflegedienst:

Wie oft täglich? / Welche Tätigkeiten?

3.1 Kommunikation / Orientierung

Kommunikation	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung			
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:			
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Sonstige

3.2 Bewegung

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Hilfsmittel

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Badewannenlift | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ | | |

3.3 Hygiene

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 Essen und Trinken

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen und Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PEG Sonde ja nein

Ernährungszustand

- Normal
- Kachektisch (abgemagert)
- Adipös (übergewichtig)
- Dehydriert

Kostform / Diät

- Normal
- Vollwert
- Vegetarisch
- Sonderkost
- Diabeteskost

Trinkmenge

- Normal
- Wenig
- Viel

Bemerkungen: _____

3.5 Ausscheiden

	ja	gelegentlich	nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

	ja	nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6 Ankleiden

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7 Ruhen und Schlafen

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikation: _____

Bemerkungen (wie oft steht die zu betreuende Person je. Nacht auf und warum?)

Braucht der Patient beim nächtlichen Aufstehen Hilfe? ja nein

3.8 Beschäftigung

Wird bei der zu betreuenden Person eine Therapie durchgeführt?

Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Musiktherapie	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungstherapie	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>

Hobbys und Interessen der zu betreuenden Person: _____

Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person? (offen, bestimmend, fordernd, zurückhaltend, lieb etc.): _____

4. Angaben zur Betreuungskraft

- Sprachkenntnisse Gute Mittlere Einfache Keine
- Frau Mann irrelevant
- Sonstige Wünsche (optional, keine Garantie)
-
-

- Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? ja nein
- Wenn nicht, kann die Leistung nicht erbracht werden.

5. Angaben zur Tätigkeit der Betreuungskraft

- kochen einkaufen gehen Reinigung des Arbeitsplatzes
- bügeln spazieren gehen Freizeitgestaltung
- Arztbesuche gemeinsame Ausflüge Pflege der Zimmerpflanzen
- Haustiere versorgen Wäsche waschen Auto fahren
- Wenn ja, welche?
-

- Gibt es eine Haushaltshilfe? ja nein

6. Beschreibung der Unterkunft

Die zu betreuende Person lebt:

- Großstadt - zentral Einfamilienhaus
- Großstadt - Vorort Mehrfamilienhaus
- Kleinstadt Wohnung
- Dorf Sonstige

Zimmerausstattung der Betreuungskraft:

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank
- Radio TV Internetzugang Computer

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min.
- Einkauf wird von der Familie erledigt

7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

- Internet Pflegedienst Krankenhaus
- Sonstiges _____