



# 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

<b>Kommunikation</b>	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"/>
<b>Orientierung</b>			
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:			
<b>Hilfsmittel</b>	<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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> kochen              | <input type="checkbox"/> einkaufen gehen     | <input type="checkbox"/> Reinigung des Arbeitsplatzes |
| <input type="checkbox"/> bügeln              | <input type="checkbox"/> spazieren gehen     | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung           |
| <input type="checkbox"/> Arztbesuche         | <input type="checkbox"/> gemeinsame Ausflüge | <input type="checkbox"/> Pflege der Zimmerpflanzen    |
| <input type="checkbox"/> Haustiere versorgen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen      | <input type="checkbox"/> Auto fahren                  |
- Wenn ja, welche?
- 

Gibt es eine Haushaltshilfe?  ja  nein

#### 6. Beschreibung der Unterkunft

Die zu betreuende Person lebt:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Großstadt - zentral | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus  |
| <input type="checkbox"/> Großstadt - Vorort  | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus |
| <input type="checkbox"/> Kleinstadt          | <input type="checkbox"/> Wohnung          |
| <input type="checkbox"/> Dorf                | <input type="checkbox"/> Sonstige         |

Zimmerausstattung der Betreuungskraft:

- |                                      |                               |   |                                   |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Tisch          | <input type="checkbox"/> Schrank  |
| <input type="checkbox"/> Radio       | <input type="checkbox"/> TV   | <input type="checkbox"/> Internetzugang | <input type="checkbox"/> Computer |

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ca. 10 Min.                           | <input type="checkbox"/> ca. 20 Min. | <input type="checkbox"/> ca. 30 Min. |
| <input type="checkbox"/> Einkauf wird von der Familie erledigt |                                      |                                      |

#### 7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

- Internet  Pflegedienst  Krankenhaus
- Sonstiges \_\_\_\_\_