

Fragebogen

24 Stundenpflege daheim



Stunden- und Tagesbetreuung



Tagespflege für Demenzkranke

Für ein unverbindliches Angebot einer häuslichen 24 Stundenpflege daheim, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst ausführlich auszufüllen und uns per **Fax an 089 / 83 999 524** oder per Post zuzusenden.

Gerne unterstützen wir Sie kostenlos bei der Beantwortung der Fragen. **Telefon: 089 / 88 949 134**

Durch Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich weiterhin damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Erfüllung Ihrer Anfrage an ausgewählte Vertragsunternehmen von herz&hand weitergegeben werden dürfen.

1 Ansprechpartner für herz&hand

Name, Vorname

Telefon 1

Straße, Hausnr.

Telefon 2

PLZ, Ort

Mobil

E-Mail Adresse

Fax

Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfebedürftigen

Wer wird **Vertragspartner**?

Ansprechpartner

Leistungsempfänger

Wer ist **Rechnungsempfänger**?

Ansprechpartner

Leistungsempfänger

Leistungsempfänger ist?

Einzelperson

Ehepaar / Lebensgemeinschaft

2 Pflegebedürftige Person(en)

Person 1

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail Adresse

Zur Person 1

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Größe in cm Gewicht in kg

War **Person 1** mal in einem Pflegeheim? ja nein

Person 2

Name, Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Zur Person 2

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Größe in cm Gewicht in kg

War **Person 2** mal in einem Pflegeheim? ja nein

2a Pflegestufe Person 1

keine Pflegestufe 1 2 3 Härtefall

Pflegestufe Person 2

keine Pflegestufe 1 2 3 Härtefall

3 Anamnese | Diagnosen und Gründe für die Pflegebedürftigkeit

3a Diagnosen

Zur Person 1

Altersbedingte Gehschwäche
Allergien
Amputation
Angstzustände
Asthma
Chronische Durchfälle
Dekubitus
Demenz
Depression
Krebs
Multiple Sklerose
Osteoporose
Parkinson
Rheumatische Erkrankungen
Schlaganfall
Tumor
Unfall / Sturz

Diabetis
Einsamkeit
geschwächt durch Krankenhausaufenthalt
Herzinfarkt
Herzinsuffizienz
Herzrhythmusstörung
Hypertonie
Sonstiges

Zur Person 2

Altersbedingte Gehschwäche
Allergien
Amputation
Angstzustände
Asthma
Chronische Durchfälle
Dekubitus
Demenz
Depression
Krebs
Multiple Sklerose
Osteoporose
Parkinson
Rheumatische Erkrankungen
Schlaganfall
Tumor
Unfall / Sturz

Diabetis
Einsamkeit
geschwächt durch Krankenhausaufenthalt
Herzinfarkt
Herzinsuffizienz
Herzrhythmusstörung
Hypertonie
Sonstiges

3b Wird derzeit ein **ambulanter Pflegedienst** in Anspruch genommen?

Zur Person 1

Versorgung durch Pflegedienst Person 1 ja nein
Wie oft? täglich wöchentlich
Für? Grundpflege med. Pflege
Medikamentenabgabe

Zur Person 2

Versorgung durch Pflegedienst Person 2 ja nein
Wie oft? täglich wöchentlich
Für? Grundpflege med. Pflege
Medikamentenabgabe

3c Inkontinenz

Ist Person 1 **inkontinent**? ja nein
Urin Urin / Stuhl Dauerkatheter
Stoma Wechseln von Einlagen nötig

Ist Person 2 **inkontinent**? ja nein
Urin Urin / Stuhl Dauerkatheter
Stoma Wechseln von Einlagen nötig

3d Geistiger Zustand

P1 P2

Keine geistige Beeinträchtigung
Gestörter Tag/Nacht Rhythmus
Weglauf Tendenz

Persönlichkeitsveränderung

P1 P2

Aggressivität
Apathie (Teilnahmslosigkeit)
Starke Unruhe

3e Mobilität
Zur Person 1

Ist Person 1 mobil? ja nein

Hilfsmittel:

 mit Rollator mit Gehstock sturzgefährdet
 bettlägerig benötigt Betreuungskraft

Transfer Bett / Rollstuhl

selbstständig hilft mit kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett Lift Dekubitusmatratze

Baden / Duschen

selbstständig hilft mit hilfebedürftig

Hilfsmittel:

Wannenlift Hocker Körperpflege im Bett

Treppensteigen

selbstständig mit Unterstützung

nicht möglich Treppenlift

Zur Person 2

Ist Person 2 mobil? ja nein

Hilfsmittel:

 mit Rollator mit Gehstock sturzgefährdet
 bettlägerig benötigt Betreuungskraft

Transfer Bett / Rollstuhl

selbstständig hilft mit kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett Lift Dekubitusmatratze

Baden / Duschen

selbstständig hilft mit hilfebedürftig

Hilfsmittel:

Wannenlift Hocker Körperpflege im Bett

Treppensteigen

selbstständig mit Unterstützung

nicht möglich Treppenlift

3f Kommunikationsfähigkeit
Zur Person 1

Keine Einschränkungen

Sehen

 eingeschränkt
 fast erblindet
 erblindet

Hören

 eingeschränkt
 fast gehörlos
 gehörlos

Sprechen

 eingeschränkt
 fast stumm
 verstummt

Zur Person 2

Keine Einschränkungen

Sehen

 eingeschränkt
 fast erblindet
 erblindet

Hören

 eingeschränkt
 fast gehörlos
 gehörlos

Sprechen

 eingeschränkt
 fast stumm
 verstummt

4 Anamnese | Körperpflege / Ankleiden / Essen- u. Trinken / Schlafen / ...
4a Körperpflege
selbstständig
teilweise selbstständig
unter Anleitung
komplette Unterstützung

	selbstständig		teilweise selbstständig		unter Anleitung		komplette Unterstützung	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Gesicht	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Oberkörper	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Mundpflege / Zahnprothese	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Gesäß / Beine	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Intimpflege	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Haare kämmen / waschen	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Rasieren	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Handpflege	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Fußpflege	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2

4b	Ankleiden				4c	Essen / Trinken				4d	Kau- und Schlucken	
P1	P2	selbstständig			P1	P2	selbstständig			P1	P2	keine
P1	P2	benötigt Hilfe			P1	P2	benötigt Hilfe			P1	P2	Störungen
P1	P2	kompl. Unterstützung			P1	P2	kompl. Unterstützung			P1	P2	PEG-Sonde
4e	Diäten									P1	P2	Nahrungskarenz
P1	P2	keine	Welche?							P1	P2	Trinkkarenz
4f	Schlafen	P1	P2	keine Probleme	P1	P2	sporadisch	P1	P2	Schlafrythmus gestört		
	Nächtliches Aufstehen?	P1	P2	1 Mal	P1	P2	2 bis 3 Mal	P1	P2	mehr als 3 Mal		
		P1	P2	erhält Schlafmittel	P1	P2	erhält keine Schlafmittel					
	Ist eine nächtliche Betreuung notwendig?	P1	P2	ja	P1	P2	nein					
	Wie oft in der Nacht?	P1	P2	gelegentlich	P1	P2	jede Nacht	P1	P2	mehrmals i.d. Nacht		
4g	Aktuelle Therapien	P1	P2	keine	P1	P2	Krankengymnastik	P1	P2	Logopädie		
				Sonstige								
	Beschreiben Sie kurz das Wesen und den Charakter des / der Hilfebedürftigen											

5 Aufgaben und Angaben für die Betreuungskraft

5a Leichte pflegerische Tätigkeit

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

Sonstiges

5b Interessen der Hilfebedürftigen

Kochen / Backen
 Spaziergehen
 Musik
 Natur / Tiere
 Lesen / Lieteratur
 Fernsehen
 Handarbeiten
 Gesellschaftsspiele

Sonstiges

5c Haushaltstätigkeiten

Kochen für	Personen (inklusive der Betreuungskraft)
Waschen / Bügeln	Wohnfläche reinigen qm
Einkaufen	Balkon- und Blumenpflege
Welche Haustiere?	Haustiere versorgen

6 Erwartungen an die Betreuungskraft

6a	Einsatzbeginn	schnellstmöglich Wunschtermin	in 1 Woche	nächsten Monat
6b	Einsatzdauer	unbegrenzt	< 3 Monate	länger als 3 Monate

6c	Anforderung	Geschlecht	Alter	Raucher	Führerschein
		weiblich	20 bis 45	nur außerhalb	ja
		männlich	35 bis 60	wird nicht toleriert	nein
		egal	unwichtig	unwichtig	unwichtig

6d	Deutsch- kenntnisse	mittel (empfohlen) / Kann sich in bekannten Situationen in <i>einfachen Worten</i> verständigen gute Deutschkenntnisse / Kann klare Sprache verstehen und sich <i>verständlich</i> ausdrücken Grundkenntnisse / Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen
----	--------------------------------	--

6e	Sonstige Anforderungen	
----	-----------------------------------	--

7 Rahmenbedingungen für die Betreuungskraft

7a	Wohnlage	Stadt - zentral	Stadt trand	Dorf	ländlich
7b	Wohnsituation	Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung	
7c	Einkaufs- situation (Fußweg)	ca. 10 Min. ca. 40 Min.	ca. 20 Min. 1 Stunde und länger		
7d	Zimmerausst. f. d. Betreuungskraft	Eigenes Zimmer Bett Tisch	Eigenes Bad Schrank TV	Radio	Internetzugang

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Internet (Google und Co.)
- Medien (Zeitung, Flyer,...)
- Persönliche Empfehlung
- Krankenhaus
- Hausarzt

Sonstiges

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben und Informationen nach bestem Wissen, wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Durch Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass herz&hand die erhaltenen, persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfebedürftigen im Rahmen der Abwicklung verwendet. Soweit es notwendig ist, wird herz&hand diese Daten an Vertragspartner weitergeben, um ein Vertragsangebot oder einen Personalvorschlag zur Pflege des Hilfebedürftigen unterbreiten zu können. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten über den den Hilfebedürftigen autorisiert zu sein. Bei elektronischer Versendung (E-Mail) haben die Angaben trotz fehlender Unterschrift dennoch Gültigkeit.

Datum

Unterschrift