

Sie haben Fragen?

+49 151 52002024

k.mizrakhi@caringhands24.de

www.caringhands24.de

Fragebogen zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs

1. Datenschutz

Datenschutzrechte der Betroffenen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO):
Sie können von uns jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Artikel 15 DS-GVO), deren Berichtigung (Artikel 16 DS-GVO), Löschung (Artikel 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO) verlangen, sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO) geltend machen. Ebenfalls können Sie Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen (Artikel 21 DS-GVO).

Bitte beachten Sie, dass Datenverarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, hiervon nicht betroffen sind. Zu den vorgenannten Zwecken wenden Sie sich bitte an die nachfolgende Kontaktadresse.

Neuer Wall 80
20354 Hamburg
Deutschland

Tel.: +49 151 52002024
E-Mail: k.mizrakhi@caringhands24.de

2. Aktuelle Pflegesituation

Bedarfsort:

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

Betreuungsbeginn:

Schnellstmöglich (5 bis 7 Werktage)

Datum:

Anzahl der zu betreuenden Personen:

1 Person

2 Personen

Leben weitere Personen im Haushalt?

Ja

Nein

3. Angaben zu der zu betreuenden Person

Personendaten:

Anrede

Vorname

Nachname

Alter

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Hausarzt

Gesetzlich

Privat

Pflegegrad:	Keiner	1	2	3	4	5
Rauchergewohnheit:	Ja	Nein				
Aktuelle Therapien:						
Keine	Andere:					
Krankengymnastik						
Logopädie						

3.1 Anamnese

Hauptgrund für die Betreuung:

Diagnosen und Gesundheitszustände

ALS	Diabetes	Krebs	Schlaganfall
Alzheimer	Dialysepatient	Morbus Crohn	Schmerzpatient
Asthma	Geistige Beeinträchtigung	MS-Patient	
Arthritis	Herzinsuffizienz	Multiple Sklerose	Weitere Krankheitsmerkmale:
Arthrose	Herzrhythmusstörungen	Osteoporose	
Bluthochdruck	Inkontinenz (Urin)	Parkinson	
Dekubitus	Inkontinenz (Stuhl)	Polyneuropathy	Ansteckende Krankheiten:
Demenz	Nierenversagen	Rheuma	

3.1.1 Kommunikation

Hören:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Sehen:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Sprechen:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich

3.1.2 Geistige Verfassung

Personenbezogene Orientierung:

Nicht eingeschränkt

Leicht eingeschränkt

Stark eingeschränkt

Nicht möglich

Örtliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt

Leicht eingeschränkt

Stark eingeschränkt

Nicht möglich

Zeitliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt

Leicht eingeschränkt

Stark eingeschränkt

Nicht möglich

Mentaler Zustand:

Innere Unruhe

Freundlich

Vergesslich

Weitere Informationen:

Ängstlich

Aufgeschlossen

Skeptisch

(Freude am Leben, soziale Integration, isst gern in Gesellschaft, spielt Gesellschaftsspiele, Wunsch gern allein zu sein, etc.)

Anspruchsvoll

Gereizt

Cholerisch

Apathisch

Instabil

Aggressiv

Bestimmend

Launisch

Weglauftendenz

Depressiv

Teilnahmslos

3.1.3 Inkontinenz

Harninkontinenz

Stuhlinkontinenz

Künstlicher Blasenaustrag (Urostoma)

Künstlicher Darmaustrag (Stoma)

Wechsel von Windeln

Wechsel von Einlagen

Toilettengang:

Eigenständig

Mit Unterstützung

Unfähig

Notizen: _____

3.1.4 Mobilität

Aufstehen / Hinsetzen im Stuhl:

Eigenständig

Mit Unterstützung

Unfähig

Gehen:

Eigenständig

Mit Unterstützung

Unfähig

Treppen steigen:

Eigenständig

Mit Unterstützung

Unfähig

Transfer (Bsp.: Umsetzen):

Eigenständig

Mit Unterstützung

Unfähig

Eigenbewegung im Bett:

Eigenständig

Mit Unterstützung

Unfähig

Sturzrisiko:

Ja

Nein

Notizen: _____

Bettlägerig:

Ja

Nein

3.1.5 Hygiene

Duschen / Baden:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Mundhygiene / Prothesepflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Rasieren:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Nagel- und Fußpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Haarpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Körperpflege / Waschen am Waschbecken:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Körperpflege / Waschen im Bett:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Intimpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Ankleiden / Auskleiden:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Auswahl der Kleidung:	Eigenständig	Mit Unterstützung

3.1.6 Essen

Vorbereitung der Mahlzeiten:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Nahrungsaufnahme / Essen:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Flüssigkeitszufuhr / Trinken:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Allergien:	Nein	Ja, welche? _____
Diät / Ernährungsplan:	_____	
Kau / Schluckbeschwerden:	Nein	Ja
PEG-Sonde:	Nein	Ja

3.1.7 Ruhen / Schlafen

Nachteinsätze:	Nein	selten	1x pro Nacht	2x pro Nacht	>2x pro Nacht
Hilferuf durch:	Anruf	Klingel	Babyphone	Stimme	Anderes

4. Angaben zu der zweiten zu betreuenden Person



Sollte es sich um zwei zu betreuende Personen handeln, tragen Sie bitte die Daten nachfolgend ein.
Andernfalls überspringen Sie bitte diesen Teil.

Personendaten:

Anrede	Vorname	Nachname	
Alter	Geburtsdatum	Größe	Gewicht
Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Hausarzt	
☐ Gesetzlich ☐ Privat			

Pflegegrad: Keiner 1 2 3 4 5

Rauchergewohnheit: Ja Nein

Aktuelle Therapien:

Keine
Krankengymnastik
Logopädie

Andere:

4.1 Anamnese der zweiten zu betreuenden Person

Hauptgrund für die Betreuung:

Diagnosen und Gesundheitszustände

ALS	Diabetes	Krebs	Schlaganfall
Alzheimer	Dialysepatient Geistige	Morbus Crohn	Schmerzpatient
Asthma	Beeinträchtigung	MS-Patient	
Arthritis	Herzinsuffizienz	Multiple Sklerose	Weitere Krankheitsmerkmale:
Arthrose	Herzrhythmusstörungen	Osteoporose	
Bluthochdruck	Inkontinenz (Urin)	Parkinson	Ansteckende Krankheiten:
Dekubitus	Inkontinenz (Stuhl)	Polyneuropathy	
Demenz	Nierenversagen	Rheuma	

4.1.1 Kommunikation

Hören:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Sehen:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Sprechen:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich

4.1.2 Geistige Verfassung

Personenbezogene Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Örtliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Zeitliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Stark eingeschränkt Nicht möglich

Mentaler Zustand:

Innere Unruhe	Freundlich	Vergesslich
Ängstlich	Aufgeschlossen	Skeptisch
Anspruchsvoll	Gereizt	Cholerisch
Apathisch	Instabil	Aggressiv
Bestimmend	Launisch	Weglaufftendenz
Depressiv	Teilnahmslos	

Weitere Informationen:
(Freude am Leben, Soziale Integration, Isst gern in Gesellschaft, spielt Gesellschaftsspiele, Wunsch gern allein zu sein, etc.)

4.1.3 Inkontinenz

Harninkontinenz	Stuhlinkontinenz
Künstlicher Blasenaustrag (Urostoma)	Künstlicher Darmaustrag (Stoma)
Wechsel von Windeln	Wechsel von Einlagen

Toilettengang: Eigenständig Mit Unterstützung Unfähig Notizen: _____

4.1.4 Mobilität

Aufstehen / Hinsetzen im Stuhl:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Gehen:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Treppen steigen:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Transfer (Bsp.: Umsetzen):	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Eigenbewegung im Bett:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig

Sturzrisiko:	Ja	Nein	Notizen: _____		
Bettlägerig:	Ja	Nein			
4.1.5 Hygiene					
Duschen / Baden:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Mundhygiene / Prothesepflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Rasieren:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Nagel- und Fußpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Haarpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Körperpflege / Waschen am Waschbecken:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Körperpflege / Waschen im Bett:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Intimpflege:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Ankleiden / Auskleiden:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Auswahl der Kleidung:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
4.1.6 Essen					
Vorbereitung der Mahlzeiten:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Nahrungsaufnahme / Essen:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Flüssigkeitszufuhr / Trinken:	Eigenständig		Mit Unterstützung		
Allergien:	Nein	Ja, welche? _____			
Diät / Ernährungsplan:	_____				
Kau / Schluckbeschwerden:	Nein	Ja			
PEG-Sonde:	Nein	Ja			
4.1.7 Ruhen / Schlafen					
Nachteinsätze:	Nein	seltener	1x pro Nacht	2x pro Nacht	>2x pro Nacht
Hilferuf durch:	Anruf	Klingel	Babyphone	Stimme	Anderes

5. Tagesstruktur

 Die durchschnittliche Arbeitszeit einer Betreuungskraft beträgt 40 Stunden wöchentlich.

Morgens:
6-12 Uhr

Mittags:
12-17 Uhr

Abends:
17-22 Uhr

Nachts:
22-6 Uhr

6. Externe Dienstleistungen

Pflegedienst

Nachbarschaftshilfe

Podologe / Medizinische Fußpflege

Facharzt

Tagespflege

Ergotherapeut

Hausarzt

Nachtpflege

Physiotherapeut

Reinigungsservice

7. Anforderungen an das Personal

Deutschkenntnisse: Sehr gut Gut Befriedigend Ausreichend Keine

Weitere Sprachkenntnisse: _____

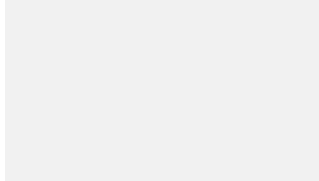
Geschlecht: Weiblich Männlich Irrelevant

Alter: Von: _____ bis: _____ Irrelevant

Führerschein: Nötig Automatik Manuell Nicht nötig

Darf die Betreuungskraft draußen rauchen?: Ja Nein

7.1 Gewünschte Tätigkeiten

Einkaufen	An/Auskleiden	Flüssigkeitsaufnahme	Zusätzliche Anforderungen: 
Kochen	Körperpflege	Toilettengang	
Putzen	Intimpflege	Wechsel von Inkontinenzmaterial	
Wäsche waschen	Mobilisierung		
Bügeln	Nahrungsaufnahme	Transfer	

Gibt es für die Einkäufe eine Haushaltskasse?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel pro Person?

€ _____

 Der Pflegekraft stehen kostenlose Kost und Logis zu

8. Rahmenbedingungen für die Betreuungskraft

Wohnverhältnisse: Haus Reihenhäuser Wohnung

Wohngegend: Stadtzentrum Städtisch Ländlich

Haustiere: Nein Ja Falls ja, welche? _____

Zimmerausstattung für die Pflegekraft: Eigenes Zimmer Eigenes Bad TV Computer
Schrank Radio Internet (WLAN)

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß: 10 min 20 min 30 min bis zu 60 min

8.1 Vorhandene Hilfsmittel

Anti Dekubitus Matratze

Rollstuhl

Duschstuhl

Sonstige Hilfsmittel:

Bett Lift

Bad Lifter

(Dusch-) Haltegriffe

Pflegebett

Treppenlift

Toilettenstuhl

Gehstock

Wannenlifter

Rollator

Duschhocker

9. Allgemeine Angaben des Ansprechpartners

Personendaten

Anrede

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

Mobilfunknummer

Festnetznummer

E-Mail

Bezug oder Kontaktgrad zur pflegebedürftigen Person

10. Erfolgt Unterstützung seitens der Familie?

Ja, jederzeit per Anruf erreichbar und ggf. kurzfristig vor Ort

Sporadisch, wie es die Zeit zulässt

Nein

Vor- und Zuname des Familienangehörigen

Telefonnummer des Familienangehörigen

11. Abschluss

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Radio

Internet

Fernsehen

Empfehlung

Zeitung

Sonstiges: _____

Durch Ihre Unterschrift gehen Sie **keine vertragliche Bindung** ein, sondern bestätigen lediglich die Richtigkeit der Angaben.

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben freiwillig nach meinem bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich zur Weitergabe der Daten befugt bin.*

Unterschrift

Datum

Ort

 Bitte setzen Sie einen Haken bei den mit Sternchen (*) markierten Sätzen