

BETREUUNGSFRAGEBOGEN
Anlage 1 zum Vermittlungsvertrag vom ...
und Dienstleistungsvertrag vom ...

<p>Dienstleistungsverhältnis:</p> <p><input type="checkbox"/> Angestelltenverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstständig mit Gewerbe</p>	<p>Gewünschter Anreiseternin:</p>
---	--

1. Ansprechpartner /in

Name	Tel.-Mobiltelefon
Vorname	E-Mail oder Fax
Straße-Nr.	Beruf
PLZ-Wohnort	Verhältnis zu Leistungsempfänger/in

2. Hilfsbedürftige Person

Name	Vorname
Geb.-Datum	Beruf
Straße-Nr.	E-Mail oder Fax
PLZ-Wohnort	Tel.-Mobiltelefon

3. Vertragspartner/in

Name	Tel.-Mobiltelefon
Vorname	E-Mail oder Fax
Straße-Nr.	Beruf
PLZ-Wohnort	Verhältnis zu Leistungsempfänger/in

4. Hilfsbedürftige Person, ausführliche Angaben:

Name		Vorname	
Pflegestufe: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	Größe: _____ cm	Gewicht: _____ Kg	Jahrgang: _____
		Alter: _____	

4.1 Krankheiten - Diagnosen

Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankung Bemerk.: _____ <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann? _____ <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz %: _____ <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen: _____ <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Dermatitis (atopisch) <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) <input type="checkbox"/> Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Schlaganfall linke (wann?) _____ <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechtes(wann?) _____ <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Krebs, wo? _____ Bemerk.: _____ <input type="checkbox"/> Tumor: _____ <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
Diabetes: <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Tabletten	

4.2 Geistiger Zustand – Kommunikation + Orientierung

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ist geistig klar<input type="checkbox"/> Ist vergesslich<input type="checkbox"/> Ist verwirrt<input type="checkbox"/> Ist geistesgestört<input type="checkbox"/> Alzheimer<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> leicht<input type="checkbox"/> mittelschwer<input type="checkbox"/> schwer<input type="checkbox"/> Demenz<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> leichte Demenz<input type="checkbox"/> mittelgradige Demenz<input type="checkbox"/> schwere Demenz<input type="checkbox"/> Ist nette - liebenswerte Person<input type="checkbox"/> Ist normale Person<input type="checkbox"/> Manchmal launisch<input type="checkbox"/> Ist bestimmte Person <input type="checkbox"/> mit starkem Willen<input type="checkbox"/> Ist schwierige Person <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> sehr<input type="checkbox"/> Ist oft apathisch <input type="checkbox"/> abwesend<input type="checkbox"/> Ist depressiv <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> stark	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Normale Unterhaltung möglich<input type="checkbox"/> Unterhaltung bedingt möglich<input type="checkbox"/> Ist sehr ruhig – spricht wenig<input type="checkbox"/> Hat gute OrientierungHören<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> uneingeschränkt<input type="checkbox"/> eingeschränkt<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränktSehen<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> uneingeschränkt<input type="checkbox"/> eingeschränkt<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt<input type="checkbox"/> blindSprechen<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> uneingeschränkt<input type="checkbox"/> eingeschränkt<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränktDesorientierung:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> zur Zeit<input type="checkbox"/> zur Person<input type="checkbox"/> zum Ort
---	---

4.3 Mobilität – Bewegung

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kann alleine aufstehen<input type="checkbox"/> Kann mit Hilfe aufstehen <input type="checkbox"/> mit leichter Hilfe <input type="checkbox"/> Kraftanstrengung erforderlich <input type="checkbox"/> mit Lift<input type="checkbox"/> Hebe Lift <input type="checkbox"/> wird nicht benötigt <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden<input type="checkbox"/> Kann alleine gehen <input type="checkbox"/> auch im Außenbereich<input type="checkbox"/> Kann mit Hilfe gehen <input type="checkbox"/> mit leichter Hilfe durch Hilfskraft <input type="checkbox"/> mit Stock <input type="checkbox"/> mit Rollator<input type="checkbox"/> Kann nicht gehen <input type="checkbox"/> nur wenige Schritte <input type="checkbox"/> benutzt Rollstuhl → <input type="checkbox"/> innen → <input type="checkbox"/> außen<input type="checkbox"/> Liegt nur im Bett → <input type="checkbox"/> und sitzt im Rollstuhl<input type="checkbox"/> Kann beim Transfer Bett/Rollstuhl/Toilettenstuhl nicht helfen<input type="checkbox"/> Ist bettlägerig und komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> muss tgl. ca. ___ x gelagert werden<input type="checkbox"/> In der gesamten Betreuung sind Hebeleistungen, mit Kraftanstrengung der Hilfskraft, → <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich

4.4 An- und auskleiden

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kann sich alleine An- und Auskleiden<input type="checkbox"/> Benötigt Hilfe, kann aber mit helfen<input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig, kann nicht helfen<input type="checkbox"/> Liegt nur im Bett <input type="checkbox"/> nur Nachtwäsche<input type="checkbox"/> Liegt im Bett u. sitzt im Rollstuhl → <input type="checkbox"/> ankleiden <input type="checkbox"/> umkleiden
--

4.5 Körperpflege

- Kann sich allein waschen und duschen
- Benötigt Hilfe beim Waschen Duschen
- Komplett hilfsbedürftig kann nicht helfen
Waschen? täglich: _____ x, Wtl.: _____ x Wer hilft ggf.?
Duschen? täglich: _____ x, Wtl.: _____ x Wer hilft ggf.?
- Haarpflege
- Haut eincremen
- Rasieren
- Mundpflege

4.6 Toilettengang

- Kann selbstständig zur Toilette gehen
- Benötigt Hilfe
- Gänzlich hilfsbedürftig kann nicht helfen
- Hat Toilettenstuhl geht allein
- Hat Teil-Inkontinenz Urin Voll Inkontinenz Urin
- Hat Teil-Inkontinenz Stuhlgang Voll Inkontinenz Stuhlgang
- Trägt Einlagen/Windeln wechselt selbst
- Macht nur in Windeln
- Nutzt Urinflasche (Mann)
- Urin-Kondom
- Katheter Dauerkatheter
- Hat künstlichen Darmausgang (Stoma)

4.7 Ernährung

- Kann selbstständig essen
- Mundgerecht schneiden
- Kann mit Hilfe essen
- Muss gefüttert werden
- Essen pürieren Getränke andicken
- Hat Schluckprobleme hat Sonde (PEG)

4.8 Ein- und durchschlafen

- Schläft gut → schläft von ca. _____ bis ca. _____ Uhr
- Nimmt Schlafmittel
- Sporadische Störungen, Anzahl wtl.: _____
- Permanente nächtl. Störungen, Anzahl _____
- Schlaf-Wach-Rhythmus gestört
- Permanente Überwachung Nacht Tag

- Permanente Kameraüberwachung**
Nutzt Babyphone Klingel

Bemerkung dazu:

5. Aktuelle Art der Hilfe / Pflege

1. Seit wann in Hilfs-/Pflege-Situation? _____
2. Wer betreut zurzeit? Familie Hilfskraft, Nation.: _____
3. Hilfsbedürftige Person ist zurzeit, bzw. ist bis _____ im KH in Reha
4. Bisher kommt Pflegedienst/Sozialstation, _____ täglich für :
 Grundpflege Medikamente/mediz. Leistung Stützstrü. anziehen _____
5. Kommt Pflegedienst/Sozialstation künftig weiterhin?
 Ja, 1 x/Tag Ja, 2 x/Tag Ja, _____ x/Tag
 Ja, wtl. _____ x
Bemerkung dazu: _____
6. Weitere nennenswerte Aufgaben in der Betreuung/Pflege:

6. Vorlieben der zu betreuenden Person

- Spaziergänge Garten Literatur Musik Spiele Fernsehen

7. Was ist im Haushalt zu tun? Übliche Aufgaben einer Hilfskraft!

Haushaltsführung des hilfsbedürftigen Haushaltes.

- Kochen darf mitkochen **Spezielle Küche?** Nein Ja, _____
 Wäsche waschen, __ x/Woche Bügeln putzen Blumen gießen (Wohn./Terrasse)
 einkaufen gehen kann mit einkaufen gehen

Hinweis:

Fenster putzen, Gartenarbeit und übrige oben nicht genannte Arbeiten, insbesondere auch außerhalb des hilfsbedürftigen Haushaltes, sind nicht in den üblichen Betreuungsaufgaben inkludiert und müssen mit der Hilfskraft separat verhandelt werden.

Bemerkung dazu: _____

Weitere nennenswerte Aufgaben in der Haushaltsführung und Haushaltspflege:

8. Haustiere .

Gibt es Haustiere?

Nein Katze Hund (klein / mittel / groß) Rasse: _____

Kann Betreuerin mit einem Haustier kommen?

Nein Katze Hund (klein / mittel / groß)

9. Ab wann und wie lange brauchen Sie eine Pflege-Hilfskraft?

Ab _____ Termin wird noch bestimmt, voraussichtlich ab: _____ für

1 Monat 6 bis 8 Wochen gerne länger _____

im Wechsel mit einer bereits tätigen Kraft, Wechsel alle _____ Wo./Monate

10. Welches Dienstverhältnis haben Sie zurzeit für die Hilfskraft?

Keines - NEU Angestellt Selbstständig MiniJob

Welche Nationalität hat/te Ihre bisherige Hilfskraft: ____

11. Ihre Anforderungen an die Hilfskraft:

Frau Mann egal

Alter ab: ____ J. bis ____ _J.

Erfahrung? Nein Ja

qualif. Pflegekraft

Führerschein muss? Nein Ja

Darf rauchen (nur draußen)? Ja Nein, unbedingt Nichtraucher.

Gewünschte Deutsch-Kenntnisse: (1-10)? _____

12. Wie ist die Wohnsituation im hilfsbedürftigen Haushalt?

- Ein-Familienhaus, Wohnung mit _____ m², mit Anzahl Zimmer: _____
 - mit Terrasse mit Garten mit Hof
- Bauernhof-Haus, Wohnung mit _____ m², mit Anzahl Zimmer: _____
 - mit Terrasse mit Garten mit Hof
- __Fam.-Haus, mit Anzahl Etagen _____, mit Anzahl Wohnungen _____
- Wohnung in Etage: _____, Wohnung mit _____ m², mit Anzahl Zimmer: _____
 - mit Terrasse mit Garten mit Hof
- Wer wohnt, außer der hilfsbedürftigen Person, mit im hilfsbedürftigen Haushalt?
 - Niemand Ehefrau/-mann → auch hilfsbedürftig
 - Tochter/Sohn → mit/ohne Partner/in und Kinder, Alter?
 - So llen auch diese Personen hauswirtschaftlich versorgt werden? Ja Nein

Wohnen Verwandte in der Nähe?

- Ja, in der Nähe, _____ km.
- Nein, Entfernung _____ km.

13. Das Haus befindet sich in:

- Stadt Kleinstadt Dorf Einwohner: _____
- Zentrum Rand Stadtteil Lebhaft ruhig
- KM _____ bis (Name der nächsten) Stadt: _____

Wie weit ist es zum nächsten Supermarkt / Laden, zu Fuß? _____

- Fahrrad vorhanden Busverbindung _____ x täglich Fahrdienst möglich

14. Wie wohnt die Hilfskraft?

- eigenes Zimmer, _____ m² eigene Wohnung, ____ Zi., _____ m²
- _____
- TV Internet mit Bett mit Schlafcouch mit Tisch mit Schrank
- Einrichtung: einfach alt modern gehoben eigenes Bad
- eigene Toilette gemeinsames Bad+Toilette mit hilfsbedürftiger Person und weiteren _____ Personen.
- in gleicher Wohnetage wie hilfsbed. Person. Parterre Tiefpaterre
- Obergeschoß Dachgeschoß separater Bau mit Heizung mit Ofen
- Wann kann sich die Hilfskraft abends zurückziehen und wann muss sie morgens den Dienst aufnehmen?
- Feierabend um _____ Uhr, Dienstantritt um _____ Uhr, _____
- Welche Pause, zum Verlassen der Wohnung, hat die Hilfskraft?
- 2 Std. täglich 2 freie halbe Tage/Wo. 1 freien Tag/Woche _____

15.Tagesablauf im hilfs- und pflegebedürftigen Haushalt. Was ist zu tun, bitte mit Uhrzeit-Angabe?

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Im hilfsbedürftigen Haushalt vorhandene Hilfsmittel:

1. Rollator:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

2. Toilettenstuhl:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

3. Rollstuhl:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

4. Pflegebett:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

5. Rutschmatte, zum Verschieben von Patienten – im Bett:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

6. Antidekubitus-Matratze (verhindert wundliegen):

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/

Wichtige Fragen:

Wer bereitet ggf. die Medikamente für die/den Patienten vor?

ist nicht erforderlich Familie Pflegedienst

Medikamente werden vorbereitet von: _____

Ggf., warum ist Patient Liege-Patient?

ist nicht Liege-Patient nach Schlaganfall wegen Krebserkrankung

Aus folgendem Grund: _____

Kommt ggf. der Pflegedienst weiterhin, parallel zur 24 Std.-Kraft?

es kommt kein Pflegedienst

Ja, für folgende Aufgaben: _____

Ort/Datum: _____ Auftraggeber: _____