

FRAGEBOGEN

Zur Betreuungssituation



Altenpflege-24h
Häusliche Pflege

Gerne bieten wir Ihnen an, den Fragebogen gemeinsam am Telefon zu besprechen. Rufen Sie uns dazu kostenlos an unter: +49 7191 49 37 347. Alternativ können Sie den Fragebogen auch selbst ausfüllen und uns per Post oder E-Mail zurücksenden.

Altenpflege-24h – Sanja Kern

+49 7191 49 37 347

Kaffeeberg 13, 71549 Auenwald

info@altenpflege-24h.com

Wunsch – Einsatzbeginn: schnellstmöglich ab _____

1. ANSPRECHPARTNER FÜR ALTENPFLEGE -24H (z.B. Angehöriger / gesetzlicher Betreuer)

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____ Fax-Nr.: _____

Verwandtschaftsverhältnis zur hilfsbedürftigen Person: _____

2. HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Fax-Nr.: _____

3. ALLGEMEINE ANAMNESE

3.1 Zur Person

Geburtsdatum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Pflegegrad

1 2 3 4 5

derzeit kein Pflegegrad

höherer Pflegegrad beantragt

3.2. Diagnosen und Gründe für die Betreuungsbedürftigkeit

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz (z. B. Alzheimer) | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> Geschwächt (KH-Aufenthalt) |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Unfall/Sturz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes | |

Weitere:

3.3. Hauptgrund für die Betreuungsbedürftigkeit

3.4. Inkontinenz

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

- Nein
- Teilweise (z. B. nachts)
- Ja: Urin Stuhl Dauerkatheter
- Stoma (Harnleiter) Stoma (Darm)

Wechseln von Einlagen oder Inkontinenzmaterial:

- Selbstständig durch Betreuungsperson

3.5. Mobilität

Ist die hilfsbedürftige Person mobil?

- Ja Ja, mit Rollator oder Gehstock Ja, mit Rollstuhl Nein

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet? Ja Bereits gestürzt Nein

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig? Ja Nein

3.6. Mentale Verfassung

Keine geistige Beeinträchtigung gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus Hinlauftendenz

Persönlichkeitsveränderung mit...

Aggressivität Apathie (Teilnahmslosigkeit) starker Unruhe

Sonstiges: _____

3.7. Kommunikationsfähigkeit

Sehen: nicht eingeschränkt eingeschränkt nahezu erblindet erblindet

Hören: nicht eingeschränkt eingeschränkt nahezu gehörlos gehörlos

Sprechen: nicht eingeschränkt eingeschränkt nahezu verstummt verstummt

3.8. Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z.B. MRSA/ESBL/Hepatitis)?

Ja, folgende:

Nein _____

3.9. Wird zukünftig ein ambulanter Pflegedienst für die hilfsbedürftige Person in Anspruch genommen?

Ja (1x/Woche) Ja (mehrfach/Woche) Ja (1x/Tag) Ja (mehrfach/Tag)

Aufgaben: _____

Nein

4. AUFGABEN UND ANGABEN FÜR BETREUUNGSPERSON

4.1. Pflegerische Tätigkeiten

Wofür wird tägliche Hilfe benötigt?

Körperhygiene Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren Intimpflege

Begleitung zu Arztterminen An- und Auskleiden Hilfe beim Toilettengang

Nahrungsaufnahme an Medikamenteneinnahme erinnern (Hinweis: Das verabreichen von Medikamenten ist aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen.)

Sonstiges:

4.2. Nächtliche Betreuung

Ist eine nächtliche Betreuung notwendig?

- Nein Ja, gelegentlich Ja, jede Nacht Ja, mehrmals jede Nacht

4.3. Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

- Kochen/Backen Spaziergehen Musik
- Natur/Tiere Lesen/Literatur Fernsehen
- Handarbeiten Gesellschaftsspiele
- Sonstiges: _____

4.4 Haushaltstätigkeiten

- Kochen für ____ Personen (inkl. Betreuungsperson)
- Wohnfläche reinigen, wenn ja: _____ qm
- Balkon – und Blumenpflege Waschen/Bügeln Einkaufen
- Haustiere, falls ja: welche? _____

5. ALLGEMEINES UMFELD

Lage: Großstadt Kleinstadt Dorf

Wohnsituation: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung, Stockwerk: _____

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar: ja nein

Unterkunft der Betreuungskraft:

- eigene Wohnung eigenes, abschließbares Zimmer
- eigenes Bad Badmitbenutzung Fernseher/Radio Internet / WLAN

6. WIE GUT SOLLEN DIE DEUTSCHKENNTNISSE DER BETREUUNGSKRAFT SEIN?

- Grundkenntnisse Kommunikativ Gute Deutschkenntnisse

7. ZEITRAHMEN

Ab wann soll die Betreuung stattfinden?

Soll die Betreuung zeitlich befristet sein?

Ja wenn ja, wie lange?

Nein

8. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Krankenhaus Weitere Angaben (z. B. Name und Ort des Krankenhauses)

Ambulanter Pflegedienst

Spezielle Beratungsstelle

Arzt oder Therapeut

Persönliche Empfehlung

Internetrecherche (z. B. Google)

Sonstiges

9. WEITERE ANMERKUNGEN

(optional – z. B. zum Betreuungsablauf oder zu Ihren Wünschen an die Betreuungsperson)

Einverständniserklärung:

Durch Zusendung Ihres Fragebogens versichern Sie, dass alle Angaben im Fragebogen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht wurden. Ferner erklären Sie sich damit einverstanden, dass alle von Ihnen im Fragebogen gemachten Angaben zur Erfüllung Ihres Auftrages bei Altenpflege-24h gespeichert und verarbeitet sowie an ausgewählte Partnerunternehmen von Altenpflege-24h weitergegeben werden dürfen.

Datenschutzerklärung:

Altenpflege-24h nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und hält sich bei deren Erhebung, Verarbeitung und Nutzung strikt an geltende Datenschutzgesetze sowie datensicherheitsrechtliche Bestimmungen. Ihre Daten werden lediglich zur zweckbestimmten Nutzung verwandt. Ausführliche Informationen zum Datenschutz bei Altenpflege-24h finden Sie unter www.altenpflege-24h.com