

Betreuungsfragebogen:

für eine **Betreuungs- und Haushaltshilfe**



anfrage@lichtblickpflege-alltagsbegleiter.de

Fax: 0521-933 034 51

Um für Ihre individuellen Bedürfnisse die optimale Betreuungskraft zu finden, benötigen wir diesen Betreuungsfragebogen vollständig ausgefüllt zurück. Wir erstellen für Sie gerne ein persönliches und unverbindliches Angebot.

Beginn des Einsatzes: schnellstmöglich ab:

1. Leistungsempfänger (zu betreuende Person) **Auftraggeber** **Rechnungsempfänger**

Vorname, Name:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Größe in ca. cm:

Gewicht in ca. kg:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Ist der Patient z.Zt. in einem Krankenhaus/ zur Reha/ in Kurzzeitpflege ja nein

Wann ist der voraussichtliche Entlassungstermin?

2. Kontaktperson **Auftraggeber** **Vollmacht** **Rechnungsempfänger**

Vorname, Name:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

3. Weitere im Haus lebende Personen

Vorname, Name:

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person:

Ist die hauswirtschaftliche Versorgung dieser 2. Person gewünscht?

 Ja Nein

Ist eine weitere Person im Haushalt hilfsbedürftig, z.B. Grundpflege?

 Ja Nein

Vorname, Name:

Falls ja, bitte einen weiteren **Betreuungsfragebogen** komplett ausfüllen.

4. Angaben zur Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad PG)

Kein Pflegegrad

Genehmigt

Beantragt

1

2

3

4

5

Termin mit MDK:

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

Allergien

Herzrhythmusstörung

Hypertonie (Bluthochdruck)

Demenz/Alzheimer, Beginnend

Diabetes

Inkontinenz

Demenz/Alzheimer, Fortgeschritten

Altersbedingte Gehschwäche

Herzinfarkt

COPD/Asthma

Multiple Sklerose

Herzinsuffizienz

Depressionen

Osteoporose

Parkinson

Dekubitus

Rheuma

Schlaganfall

Chronische Durchfälle

Stoma (Anis praeter)

rechts

Tracheostoma

Krebserkrankung (Tumor)

links

Sonstige:

Ansteckende Krankheiten:

(leiden andere Personen im Haushalt an ansteckenden Krankheiten?)

Demenz-Anamnese:

Welche Einschränkungen gibt es bei der **Orientierung**?

- Zeitlich Örtlich
- Persönlich (ggü. anderen Personen)
- Persönlich (ggü. sich selbst)

Wichtig zu wissen in der Betreuung und Umgang mit der pflegenden Person:

- Aggressivität
- Angstzustände Apathie
- Gestörter Tag- /Nacht-Rhythmus Starke Unruhe
- Weglauftendenz: Körperpflege wird zugelassen
- Hilfsbedürftige Person braucht direkte Ansprache
- Hilfsbedürftige Person will in Ruhe gelassen werden:

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
- Benötigt die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer z.B. vom Bett in den Rollstuhl? ja nein
- Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ja nein
- Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ja nein

Welcher?

Wie oft?

Welche Tätigkeiten?

Inkontinenz

- Harninkontinenz nein gelegentlich immer
- Stuhlinkontinenz nein gelegentlich immer
- Hilfsmittel Windeln/Pants Vorlagen Urinflasche
- Katheter suprapubischer Katheter
- Pflegehilfsmittel vorhanden? Ja nein Pflegebox gewünscht? Ja nein

Sonstiges:

Essen und Trinken

Ernährungszustand normal unterernährt adipös entwässert
Kostform normal vollwert vegetarisch Sonder-/Diabetikerkost

Diätvorschriften oder
Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Probleme beim Essen? ja nein
Kau-/ Schluckstörungen? ja nein
Nahrung klein schneiden? ja nein
Probleme beim Trinken? ja nein
PEG-Sonde? ja nein
Trinkmenge normal wenig darauf achten

Sonstiges

Nachtruhe

Schlafenszeit von ca.: Uhr bis ca.: Uhr

Schlafstörungen ja nein

Aufstehen in der Nacht? nein 1 x 2 – 3 x mehr als 3 x

Benötigt der Patient Unterstützung? ja nein

Werden Schlafmittel eingenommen?

Sonstiges

Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie? ja nein

Falls ja, welche? Ergotherapie Krankengymnastik Logopädie andere

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt selbstständig unter Aufsicht unselbstständig

Medikamentenstellung/ Blistern durch wen?

Freizeit und Aktivitäten

- | | | | |
|------------------------|--|--|--|
| Tagesgestaltung | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> unter Anleitung | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Kann sich beschäftigen | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> unter Anleitung | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Hobbys und Interessen? | <input type="checkbox"/> Natur/Garten | <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> Lesen |

Außenaktivitäten (Spaziergänge/Treffen/Veranstaltungen)?

Wesen und Charakter

Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person?

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> offen | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> ordnungsliebend | <input type="checkbox"/> humorvoll |
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> bestimmend | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> kleinlich | <input type="checkbox"/> lieb | <input type="checkbox"/> zornig | <input type="checkbox"/> aggressiv |
| <input type="checkbox"/> umgänglich | <input type="checkbox"/> fordernd | <input type="checkbox"/> anhänglich | <input type="checkbox"/> geduldig |
| <input type="checkbox"/> bescheiden | Sonstiges: <input type="text"/> | | |

Probleme bei der Kommunikation

- | | | | |
|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Sprechen | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive |
| Hören | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive |
| Sehen | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | |
| Hinweise: | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> Zahnprothese |

Einschränkungen in der Bewegung und Motorik

- | | | | |
|--|--|--|--|
| Hinlegen und Aufstehen | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Hinsetzen und Aufstehen | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Stehen | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Gehen | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Treppen steigen | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Ankleiden/Auskleiden | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Kleidung muss ausgesucht und auf Sauberkeit geachtet werden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein | |

- Transfer (Umsetzen) selbstständig bedingt selbstständig unselbstständig
- Transfer nur mit Lifter? ja nein
- Lagern im Bett (Umdrehen) selbstständig bedingt selbstständig unselbstständig

Anmerkungen:

Hilfsmittel

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Patientenlifter |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker | <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Dekubitus Matratze |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Haus-Notruf |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ebenerdige Dusche |

Körperpflege

Kunde muss erinnert, animiert, motiviert werden

- | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| Waschen am Waschbecken | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Waschen im Bett | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Mund-/ Zahn-/ Prothesenpflege | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Intimpflege | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Haarpflege | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Hautpflege | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Baden oder Duschen | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |

Wie oft pro Woche?

Anmerkungen:

Pflegehilfsmittel wie Einweghandschuhe, Masken, Desinfektionsmittel, Bettvorlagen, etc. sind in einem Haushalt mit pflegebedürftigen Personen obligatorisch. Zuschüsse von 42 €/ Monat können beantragt werden. Wir empfehlen einen „Dauerauftrag“ über uns.

5. Angaben zur gewünschten Betreuungskraft

Alter (keine Garantie)	30 – 45 Jahre	45 – 60 Jahre	irrelevant
Geschlecht	Frau	Mann	irrelevant
Demenerfahrung	ja nein	Transfererfahrung	ja nein
Raucher/in	ja	nein	nur draußen

Auswahl "Kategorie"	Monatsbetrag *
Gold Sehr gute Deutschkenntnisse (C1 Niveau), langjährige Erfahrung im Bereich der Pflege, ...mit definierten Krankheitsbildern, der hauswirtschaftlichen Versorgung in Gesellschaft und Alltagsbegleitung.	ab 3.450 €
Silber Gute Deutschkenntnisse (B2 Niveau), mehrjährige Erfahrung im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Betreuung auch bei anspruchsvolleren Themenfeldern wie z.B. Demenz, Parkinson, Schlaganfall-Transferleistungen	ab 3.270 €
Bronze Mittlere Deutschkenntnisse (B1 Niveau), praktische Erfahrungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung in dt. Haushalten gesammelt, Erfahrungen mit verschiedenen Krankheitsbildern	ab 3.170 €
Basic Einfache Deutschkenntnisse (A2 Niveau), Betreuungskräfte mit Erfahrungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Betreuung von bettlägerigen Patienten	ab 3.070 €
Notfalllösung Einfachste Grundkenntnisse im Wortbereich - keine Deutschkenntnisse (A1/A0 Niveau), polnische Betreuungskräfte mit Erfahrungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Erfahrungen in der Heimat gesammelt, manchmal schon in Deutschland	ab 2.970 €

* Monatspreis ohne An- und Abreisekosten

Auswahl möglicher Zusatzkosten	Tagespreis	Monatspreis
zweite, im Haushalt lebende Person, ohne Unterstützung	3 €	100 €
zweite, im Haushalt lebende Person, mit Haushaltsunterstützung	8 €	240 €
zweite, im Haushalt lebende Person, mit Pflege	10 €	300 €
Betreuungskraft muss in der Nacht aufstehen und Hilfe leisten	12 €	360 €
Organisation und Stundenweise Betreuung		
Betreuungskraft mit Führerschein (Fahrzeug muss gestellt werden)	3 €	90 €

Welches Auto/Marke wird zur Verfügung gestellt?

Automatikgetriebe Schaltgetriebe

Feiertage: Weihnachten, Heiligabend, 1. Weihnachtsfeiertag, 2. Weihnachtsfeiertag, Neujahr, 6. Januar, Ostersonntag, Ostermontag, Pfingstsonntag, Pfingstmontag, 1. Mai, Maria Himmelfahrt, 3. Oktober, 1. November: 100% Aufschlag auf den jeweiligen Tagespreis oder ein Aufschlag von 120€ pro Tag.

Schwerpunkt Aufgaben für die Betreuungskraft

- Grundpflege Hauswirtschaftliche Aktivitäten
 Mobilität Alltägliche Aktivitäten
 Verpflegung und Ernährung

Was ist Ihnen an der Betreuung besonders wichtig?

Sonstige hauswirtschaftliche Unterstützung

Gibt es zusätzliche Haushalts-/Putzhilfen? ja nein
Wenn ja, wie oft kommen diese zum Einsatz und in welchem Umfang?

Aufgaben der Betreuungskraft im Detail

- Kochen einkaufen gehen Wäsche waschen Pflege der Zimmerpflanzen
 Bügeln spazieren gehen Arztbesuche Freizeitgestaltung
 Gemeinsame Ausflüge Reinigung des Wohnbereiches Auto fahren
 In Abstimmung mit dem Ehepartner

Gibt es Haustiere? ja nein Welche?

Versorgung der Haustiere? ja nein

6. Beschreibung der Wohnsituation

Die zu betreuende Person lebt in

Stadt Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten sind zu Fuß erreichbar in ca.

10 Min. 20 Min. 30 Min. die Familie kauft ein

Für die Betreuungskraft kann ein **eigenes Zimmer** zur Verfügung gestellt werden? (Grundbedingung)

ja nein

Zimmerausstattung

Bett Tisch Schrank Radio

TV WLAN/Internet eigenes Bad

eigenes WC eigene Wohnung

Für die Freizeit kann genutzt werden

Garten Fahrrad Terrasse

7. Wie ist die Pausen- und Freizeitregelung der Betreuungskraft geregelt?

Pausenzeiten pro Tag:

1 freier Tag, bzw. mind. 0,5 Tag pro Woche nach Abstimmung möglich? ja

Wer übernimmt die Betreuung in dieser Freizeit?

Besucht der Patient die Tagespflege?

8. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Krankenhaus Arzt Beratungsstelle Internet/ Homepage

Flyer/Presse Bekannte Pflegedienst Sonstiges:

Anwesend bei der Erstellung des Erhebungsbogens

Leistungsempfänger Kontaktperson Pflegekraft (z.B. Pflegedienst)

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass LichtblickPflege Alltagsbegleiter die in diesem Betreuungsfragebogen enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwenden darf.
Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung (einzusehen unter www.lichtblickpflege-alltagsbegleiter.de). Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der abgegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Firma LichtblickPflege Alltagsbegleiter kontaktiert zu werden.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde