

anfrage@lichtblickpflege-alltagsbegleiter.de

Fax: 0521-933 034 51

Beginn des Einsatzes: **schnellstmöglich** ab:

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

Name, Vornamen:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Geb. Datum:

Telefon:

Größe in ca. cm:

Gewicht in ca. kg:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Ist die Person zur Zeit in einem Krankenhaus/ Kurzzeitpflege/ Reha ja nein

Wann ist der voraussichtliche Entlassungstermin?

2. Kontaktperson ☐ Auftraggeber ☐ Vollmacht ☐ Rechnungsempfänger

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Verwandtschaftsgrad:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

3. Weitere (im Haus) lebende Personen

Name, Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Ist die hauswirtschaftliche Versorgung dieser 2. Person gewünscht?

☐ Ja

☐ Nein

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

☐ Ja

☐ Nein

Name, Vorname::

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

4. Angaben zur Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad PG)

☐ Kein Pflegegrad

☐ Genehmigt

☐ Beantragt

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Termin mit MDK:

Welche Diagnosen sind bekannt?

☐ Allergien

☐ Demenz/Alzheimer, Beginnend

☐ Demenz/Alzheimer, Fortgeschritten

☐ COPD/Asthma

☐ Depressionen

☐ Dekubitus

☐ Chronische Durchfälle

☐ Depressionen

☐ Sonstiges:

☐ Herzrhythmusstörung

☐ Diabetes

☐ Altersbedingte Gehschwäche

☐ Multiple Sklerose

☐ Osteoporose

☐ Rheuma

☐ Stoma

☐ Krebserkrankung (Tumor)

☐ Hypertonie (Bluthochdruck)

☐ Inkontinenz

☐ Herzinfarkt

☐ Herzinsuffizienz

☐ Parkinson

☐ Schlaganfall

☐ rechts

☐ links

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 ☐ Apathie
- ☐ Angstzustände ☐ Starke Unruhe
- ☐ Gestörter Tag- /Nacht-Rhythmus ☐ Körperpflege wird zugelassen
- ☐ Weglauftendenz:
- ☐ 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?

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 ☐ übergewichtig ☐ entwässert
Kostform ☐ normal ☐ vollwert ☐ vegetarisch ☐ Sonder-/Diabetikerkost

Diäten oder
Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Probleme beim Essen? ☐ ja ☐ nein
Kau-/ Schluckstörungen? ☐ ja ☐ nein
Essen 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
Benötigte 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	selbstständig	unter Anleitung	unselbstständig
Kann sich beschäftigen	selbstständig	unter Anleitung	nein
Hobbys und Interessen?	Natur/Garten	Fernsehen, Lesen	keine

Regelmäßige Termine

Wesen und Charakter

Beschreiben Sie die zu betreuende Person

kommunikativ	ruhig	ordnungsliebend	humorvoll
ängstlich	bestimmend	freundlich	geduldig
ablehnend	lieb	zornig	aggressiv
umgänglich	fordernd	anhänglich	depressiv
bescheiden	Sonstiges:		

Probleme bei der Kommunikation

Sprechen	keine	mäßige	massive
Hören	keine	mäßige	massive
Sehen	keine	mäßige	massive
Hilfsmittel	Brille	Hörgerät	
Hinweise:			Zahnprothese

Einschränkungen in der Bewegung und Motorik

Hinlegen und Aufstehen	Selbstständig	bedingt selbstständig	unselbstständig
Hinsetzen und Aufstehen	Selbstständig	bedingt selbstständig	unselbstständig
Stehen	Selbstständig	bedingt selbstständig	unselbstständig
Gehen	Selbstständig	bedingt selbstständig	unselbstständig
Treppen steigen	Selbstständig	bedingt selbstständig	unselbstständig
Ankleiden/Auskleiden	Selbstständig	bedingt selbstständig	unselbstständig
	Ja	nein	

Transfer (Umsetzen) ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Gibt es einen Lifter? ☐ ja ☐ nein

Lagern im Bett (Umdrehen) ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ nicht möglich

Sonstiges:

Hilfsmittel

☐ Gehstock

☐ Rollator

☐ Patientenlifter

☐ Rollstuhl

☐ Toilettensitzerhöhung

☐ Toilettensstuhl

☐ Duschstuhl/-hocker

☐ Badewannenlift

☐ Dekubitus Matratze

☐ Pflegebett

☐ Treppenlift

☐ Haus-Notruf

☐ Sonstiges:

☐ ebenerdige Dusche

Körperpflege ☐ Kunde muss erinnert, animiert, motiviert werden

Waschen am Waschbecken ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Waschen im Bett ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Mund-/ Zahn-/ Prothesenpflege ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Intimpflege ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Haarpflege ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Rasieren ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Hautpflege ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Baden oder Duschen ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Wie oft pro Woche?

Anmerkungen:

Pflegehilfsmittel wie Einweghandschuhe, Masken, Desinfektionsmittel, Bettvorlagen, etc. sind in einem Haushalt mit pflegebedürftigen Personen notwendig!

Kostenlose Pflegeboxen von 42 €/ Monat können bei uns beantragt werden. Wir übernehmen den Antrag und die Abrechnung mit der Pflegekasse.

5. Angaben zur gewünschten Betreuungskraft

Alter ☐ 30 – 45 Jahre ☐ 45 – 60 Jahre ☐ irrelevant
 Geschlecht ☐ Frau ☐ Mann ☐ irrelevant
 Demenzerfahrung ☐ ja ☐ nein Transferererfahrung ☐ ja ☐ nein
 Raucher/in ☐ ja ☐ nein ☐ nur draußen

-
- ☐ **Gute Deutschkenntnisse (B1/ B2)** ab 3.270 €
 Kann normale Gespräche mit Muttersprachlern verstehen und sich gut verständigen. Bewältigt Alltagssituationen selbstständig und kann bei Bedarf den Gesundheitszustand einer betreuten Person einem Arzt verständlich beschreiben.
-
- ☐ **Mittlere Deutschkenntnisse (A2/ B1)** ab 3.170 €
 Versteht normale Gespräche mit Muttersprachlern, kann sich gut verständigen und Alltagssituationen selbstständig bewältigen. Kann bei Bedarf den Gesundheitszustand einer betreuten Person einem Arzt verständlich schildern.
-
- ☐ **Einfache Deutschkenntnisse (A2/ A1)** ab 3.070 €
 Verfügt über einen elementaren Wortschatz im Bereich Pflege und Haushalt. Versteht langsam und deutlich gesprochene Aussagen und kann einfache Sätze bilden. Beim Sprechen treten noch häufig grammatische Fehler auf, und es werden gelegentlich Wörter aus der Muttersprache oder anderen Sprachen verwendet.
-
- ☐ **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 €
-
- ☐ **Keine Deutschkenntnisse**, Erfahrung in der Betreuung und Haushalt. **Preis auf Anfrage**
-

* 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 | |

Wichtiges:

--

Sonstige hauswirtschaftliche Unterstützung

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

--

Aufgaben der Betreuungskraft

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ 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. zwei halbe Tage 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:

Wer soll der Vertragspartner sein?

☐

Leistungsempfänger

☐

Kontaktperson

☐

Berufsbetreuer:

☐

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