

Fragebogen Seite 1

Dieser sehr ausführliche Betreuungsfragebogen ist ein wichtiger Bestandteil für die Auswahl der geeigneten Pflege- und Betreuungskräfte für unsere Kunden. Nehmen Sie sich ein wenig Zeit und versuchen Sie die folgenden Fragen / Angaben so genau wie möglich zu beantworten. Je genauer und ausführlicher die Informationen sind, umso besser wird die ausgesuchte Betreuungskraft passen.

Alle von Ihnen genannten Daten werden absolut vertraulich behandelt. Sie gehen keine vertragliche Verbindung damit ein.

Dieses Formular können Sie Online ausfüllen oder ausdrucken und es uns per E-mail zusenden.

Bei Fragen sind wir unter Telefon 07161 968140, per Telefax unter 07161 968141 oder

E-mail an: info@schwabenpflege24.de erreichbar.

Bitte gut lesbar in Großbuchstaben ausfüllen

1. Angaben zum Auftraggeber (gleichzeitig Kontaktperson)

Name _____

Vorname _____

Straße _____

Plz, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

Telefax _____

Email _____

Verwandtschaftsgrad mit der zu betreuenden Person _____

2. Angaben zum Leistungsempfänger

Name _____

Vorname _____

Plz, Ort _____

Straße _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Größe _____

Gewicht _____

Mobil _____

Telefax _____

Email _____

Wenn eine zweite Person zu betreuen sein soll, bitte einen weiteren Betreuungsfragebogen ausfüllen.

Fragebogen Seite 2

wohnt die zu betreuende Person alleine? ja nein mit wem?

3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad keine 1 2 3 4 5
beantragt 1 2 3 4 5

Ambulanter Pflegedienst:

kommt wie oft für die Tätigkeiten:

kommt weiterhin ja nein

Adresse des Hausarzt:

Folgende Krankheitsbilder liegen vor:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Durchfälle chronisch | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Gehschwäche altersbedingt | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall re / li |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Tracheostoma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheit |

Sonstige Infos

Kommunikation

	gut	teilweise	schlecht
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Fragebogen Seite 3

Orientierung

	gut	teilweise	schlecht
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information:	<input type="text"/>		

Bewegung

	gut	teilweise	schlecht
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschreiben Sie bitte, wie der Patient sich bewegt:	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Hilfsmittel:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aufstehlifter | <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Stock |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Treppenlift | | |

Information:

Fragebogen Seite 4

Allgemeine Fragen

	ja	nein
Ist die zu betreuende Person bettlägrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss die Person angehoben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss die zu betreuende Person in der Nacht überwacht werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wer
und welche
Krankheit?

Körperpflege

	selbst	hilft mit	hilft nicht mit
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine und Gesäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen Seite 5

Urin- Stuhlkontrolle und Hilfsmittel

	ja	gelegentlich	nein
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel	ja	nein
Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essen, Trinken, Schluck- und Kaustörungen

	gut	teilweise	schlecht
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Ernährung

Zustand	Diät	Trinken
Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
Unterernährt	<input type="checkbox"/> Vollwert	<input type="checkbox"/> Wenig
Fettleibig	<input type="checkbox"/> Diabeteskost	<input type="checkbox"/> Viel
Entwässert	<input type="checkbox"/>	

Information:

Fragebogen Seite 6

Schlafen, Schlafstörungen und Schlafmittel

	ja	gelegentlich	nein
Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafmittel:

Wie oft steht der Patient auf und warum?

Aktuelle Therapien

- Krankengymnastik
- Logodädie
- Ergotherapie

Hobbies und Interessen

Charaktereigenschaften

kurze Biografie

Fragebogen Seite 7

Haushalt und mehr

Wo liegt der Haushalt?

Großstadt Zentral Kleinstadt Einfamilienhaus Wohnung
 Großstadt abgelegen Dorf/Land Mehrfamilienhaus Einwohner ca.

Fläche im Haushalt ca. Fläche im Garten ca.

Wieviele Personen wohnen im Haushalt? Wer wohnt mit?

Leben Tiere mit?

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß: nächste Busbahnhof:

Soll auch für die im Haushalt lebende/n Person/en die hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden? ja
nein

Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft

Bett TV steht eine Internetverbindung zur Verfügung? ja
 Kleiderschrank Internet nein
 Tisch extra Bad steht eine Telefonflat ins Ausland zur Verfügung? ja
 Radio PC Information: nein

Gewünschter Freizeitausgleich für das Betreuungs- und Pflegepersonal:

2 - 3 Std. täglich 2 halbe Tage in der Woche Ein freier Tag in der Woche

Angaben zur Betreuungskraft

Alter 20 - 35 36 - 50 älter als 50 egal

Frau Mann egal

Deutschkenntnisse sehr gut gut mittel schwach

Führerschein erforderlich?

Information

gewünschter Beginn:

gewünschte Dauer:

Von wem kann die Betreuungskraft abgeholt werden?

Fragebogen Seite 8

Aufgaben der Betreuungskraft

- | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| kochen | <input type="checkbox"/> | bügeln | <input type="checkbox"/> | Wohnumfeld putzen | <input type="checkbox"/> | Autofahren | <input type="checkbox"/> |
| einkaufen | <input type="checkbox"/> | spazieren gehen | <input type="checkbox"/> | Arztbesuche | <input type="checkbox"/> | | |
| Wäschewaschen | <input type="checkbox"/> | Ausflüge machen | <input type="checkbox"/> | Pflanzen gießen | <input type="checkbox"/> | | |

Information:

Sprachkenntnisse:

- Standart A: Keine Deutschkenntnisse (nonverbale Kommunikation)
- Standart B: Grundkenntnisse (Kommunikation ist in einzelnen Wörter möglich)
- Standart C: Erweiterter Grundwortschatz (Kommunikation ist in einfachen Sätzen möglich)
- Standart D: Guter Wortschatz (Kommunikation ist in guten Sätzen möglich)

Was ist Ihnen an der Betreuung wichtig?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hiermit erkläre ich mich über die Erhebung, Verarbeitung der von mir in diesem Formular angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch Schwabenpflege_24 zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gemachten persönlichen Angaben an den Schwabenpflege_24 Kundenservice weitergeleitet und dazu verwendet werden, mich per E-Mail oder telefonisch zu Zwecken eines Beratungsgesprächs zu kontaktieren. Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie erhalten jederzeit Auskunft und Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können diese jederzeit ändern oder löschen lassen.

Ort:

Datum

Unterschrift: