



Bedarfsfragebogen

24 Stundenpflege daheim



Stunden- und Tagesbetreuung



Tagespflege für Demenzkranke

Für ein unverbindliches Angebot einer häuslichen 24 Stundenpflege daheim, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst ausführlich auszufüllen und uns per Fax an 089 / 83 999 524 oder per Post zuzusenden. Gerne unterstützen wir Sie kostenlos bei der Beantwortung der Fragen. **Telefon: 089 / 88 949 134** Durch Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich weiterhin damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Erfüllung Ihrer Anfrage an ausgewählte Vertragsunternehmen von herz&hand weitergegeben werden dürfen.

1 Ansprechpartner für herz&hand

Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon 1	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>	Telefon 2	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

VERWANDSCHAFTSVERHÄLTNIS ZUM HILFEBEDÜRFTIGEN

Wer wird Vertragspartner? Ansprechpartner Leistungsempfänger

Wer ist Rechnungsempfänger? Ansprechpartner Leistungsempfänger

Leistungsempfänger ist? Einzelperson Ehepaar / Lebensgemeinschaft

2 Pflegebedürftige Person(en)

PERSON 1

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail Adresse	<input type="text"/>

ZUR PERSON 1

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Größe in cm Gewicht in kg

War Person 1 mal in einem Pflegeheim? ja nein

PERSON 2

Name, Vorname	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>

ZUR PERSON 2

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Größe in cm Gewicht in kg

War Person 2 mal in einem Pflegeheim? ja nein

2a Pflegestufe Person 1

keine Pflegestufe 1 2 3 Härtefall

Pflegestufe Person 2

keine Pflegestufe 1 2 3 Härtefall

ANSCHRIFT

herz&hand | Agentur für Pflegevermittlung
Inhaberin Irene Stuber
Karlsplatz 3
80335 München

KONTAKT

Telefon: 089 - 88 949 134
Telefax: 089 - 83 999 524
E-Mail: info@pflegevermittlung-herzundhand.de
Web: www.pflegevermittlung-herzundhand.de

...mehr als nur betreut werden.

3 Anamnese | Diagnosen und Gründe für die Pflegebedürftigkeit

3a Diagnosen

ZUR PERSON 1

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="radio"/> Diabetis |
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Einsamkeit |
| <input type="radio"/> Amputation | <input type="radio"/> geschwächt durch Krankenhausaufenthalt |
| <input type="radio"/> Angstzustände | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> Chronische Durchfälle | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="radio"/> Dekubitus | <input type="radio"/> Hypertonie |
| <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Sonstiges |
| <input type="radio"/> Depression | |
| <input type="radio"/> Krebs | |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose | |
| <input type="radio"/> Osteoporose | |
| <input type="radio"/> Parkinson | |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen | |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | |
| <input type="radio"/> Tumor | |
| <input type="radio"/> Unfall / Sturz | |

ZUR PERSON 2

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="radio"/> Diabetis |
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Einsamkeit |
| <input type="radio"/> Amputation | <input type="radio"/> geschwächt durch Krankenhausaufenthalt |
| <input type="radio"/> Angstzustände | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> Chronische Durchfälle | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="radio"/> Dekubitus | <input type="radio"/> Hypertonie |
| <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Sonstiges |
| <input type="radio"/> Depression | |
| <input type="radio"/> Krebs | |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose | |
| <input type="radio"/> Osteoporose | |
| <input type="radio"/> Parkinson | |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen | |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | |
| <input type="radio"/> Tumor | |
| <input type="radio"/> Unfall / Sturz | |

3b Wird derzeit ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

ZUR PERSON 1

- Versorgung durch Pflegedienst Person 1 ja nein
- Wie oft? x täglich x wöchentlich
- Für? Grundpflege med. Pflege
- Medikamentenabgabe

ZUR PERSON 2

- Versorgung durch Pflegedienst Person 2 ja nein
- Wie oft? x täglich x wöchentlich
- Für? Grundpflege med. Pflege
- Medikamentenabgabe

3c Inkontinenz

Ist Person 1 inkontinent?

- ja nein
- Urin Urin / Stuhl Dauerkatheter
- Stoma Wechseln von Einlagen nötig

Ist Person 2 inkontinent?

- ja nein
- Urin Urin / Stuhl Dauerkatheter
- Stoma Wechseln von Einlagen nötig

3d Geistiger Zustand

PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG

P1 P2

- Keine** geistige Beeinträchtigung
- Gestörter** Tag/Nacht Rhythmus
- Weglauf Tendenz

P1 P2

- Aggressivität
- Apathie (Teilnahmslosigkeit)
- Starke Unruhe

3e Mobilität

ZUR PERSON 1

Ist Person 1 mobil? ja nein

Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> mit Rollator	<input type="checkbox"/> mit Gehstock	<input type="checkbox"/> sturzgefährdet
<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> benötigt Betreuungskraft	
Transfer Bett / Rollstuhl		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> kein Transfer
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze
Baden / Duschen		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> hilfebedürftig
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Wannenlift	<input type="checkbox"/> Hocker	<input type="checkbox"/> Körperpflege im Bett
Treppensteigen		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Treppenlift	

ZUR PERSON 2

Ist Person 2 mobil? ja nein

Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> mit Rollator	<input type="checkbox"/> mit Gehstock	<input type="checkbox"/> sturzgefährdet
<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> benötigt Betreuungskraft	
Transfer Bett / Rollstuhl		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> kein Transfer
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze
Baden / Duschen		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> hilfebedürftig
Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Wannenlift	<input type="checkbox"/> Hocker	<input type="checkbox"/> Körperpflege im Bett
Treppensteigen		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Treppenlift	

3f Kommunikationsfähigkeit

ZUR PERSON 1

Keine Einschränkungen

Sehen	Hören	Sprechen
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
<input type="checkbox"/> fast erblindet	<input type="checkbox"/> fast gehörlos	<input type="checkbox"/> fast stumm
<input type="checkbox"/> erblindet	<input type="checkbox"/> gehörlos	<input type="checkbox"/> verstummt

ZUR PERSON 2

Keine Einschränkungen

Sehen	Hören	Sprechen
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
<input type="checkbox"/> fast erblindet	<input type="checkbox"/> fast gehörlos	<input type="checkbox"/> fast stumm
<input type="checkbox"/> erblindet	<input type="checkbox"/> gehörlos	<input type="checkbox"/> verstummt

4 Anamnese | Körperpflege / Ankleiden / Essen- u. Trinken / Schlafen / ...

4a Körperpflege

	selbstständig		teilweise selbstständig		unter Anleitung		komplette Unterstützung	
Gesicht	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						
Oberkörper	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						
Mundpflege / Zahnprothese	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						
Gesäß / Beine	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						
Intimpflege	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						
Haare kämmen / waschen	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						
Rasieren	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						
Handpflege	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						
Fußpflege	P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>						

4b Ankleiden

- P1 P2 selbstständig
P1 P2 benötigt Hilfe
P1 P2 kompl. Unterstützung

4c Essen / Trinken

- P1 P2 selbstständig
P1 P2 benötigt Hilfe
P1 P2 kompl. Unterstützung

4d Kau- und Schlucken

- P1 P2 keine
P1 P2 Störungen
P1 P2 PEG-Sonde
P1 P2 Nahrungskarenz
P1 P2 Trinkkarenz

4e Diäten

P1 P2 keine Welche?

4f Schlafen

P1 P2 keine Probleme P1 P2 sporadisch P1 P2 Schlafrhythmus gestört

Nächtliches Aufstehen?

P1 P2 1 Mal P1 P2 2 bis 3 Mal P1 P2 mehr als 3 Mal
P1 P2 erhält Schlafmittel P1 P2 erhält keine Schlafmittel

Ist eine **nächtliche Betreuung** notwendig?

P1 P2 ja P1 P2 nein

Wie oft in der Nacht?

P1 P2 gelegentlich

P1 P2 jede Nacht

P1 P2 mehrmals i.d. Nacht

4g Aktuelle Therapien

P1 P2 keine P1 P2 Krankengymnastik P1 P2 Logopädie
Sonstige

Beschreiben Sie **kurz** das Wesen und den Charakter des / der Hilfebedürftigen

5 Aufgaben und Angaben für die Betreuungskraft

5a Leichte pflegerische Tätigkeit

- Körperhygiene
 Intimpflege
 Hilfe beim Toilettengang
 An- und Auskleiden
 Nahrungsaufnahme
 Flüssigkeitsaufnahme kontrollieren
 an Medikamenteneinnahme erinnern
 Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen

Sonstiges

5b Interessen der Hilfebedürftigen

- Kochen / Backen
 Spaziergehen
 Musik
 Natur / Tiere
 Lesen / Lieteratur
 Fernsehen
 Handarbeiten
 Gesellschaftsspiele

Sonstiges

5c Haushalts-tätigkeiten

Kochen für Personen (inklusive der Betreuungskraft)

Waschen / Bügeln

Wohnfläche reinigen qm

Einkaufen

Balkon- und Blumenpflege

Haustiere versorgen

Welche Haustiere?

6 Erwartungen an die Betreuungskraft

6a Einsatzbeginn schnellstmöglich in 1 Woche nächsten Monat
Wunschtermin

6b Einsatzdauer unbegrenzt < 3 Monate länger als 3 Monate

6c Anforderung

Geschlecht	Alter	Raucher	Führerschein
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> 20 bis 45	<input type="checkbox"/> nur außerhalb	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> 35 bis 60	<input type="checkbox"/> wird nicht toleriert	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> egal	<input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> unwichtig

6d Deutschkenntnisse **mittel** (empfohlen) / Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen
 gute Deutschkenntnisse / Kann klare Sprache verstehen und sich verständlich ausdrücken
 Grundkenntnisse / Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen

6e Sonstige Anforderungen

7 Rahmenbedingungen für die Betreuungskraft

7a Wohnlage Stadt - zentral Stadtrand Dorf ländlich

7b Wohnsituation Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

7c Einkaufssituation (Fußweg) ca. 10 Min. ca. 20 Min.
 ca. 40 Min. 1 Stunde und länger

7d Zimmerausstattung für die Betreuungskraft Eigenes Zimmer Eigenes Bad
 Bett Tisch Schrank TV Radio Internetzugang

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Internet (Google und Co.)
 Medien (Zeitung, Flyer,...)
 Persönliche Empfehlung
 Krankenhaus
 Hausarzt

Sonstiges

ausdrucken

Eingaben löschen

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben und Informationen nach bestem Wissen, wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Durch Zusendung Ihres Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass herz&hand die erhaltenen, persönlichen Daten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfebedürftigen im Rahmen der Abwicklung verwendet. Soweit es notwendig ist, wird herz&hand diese Daten an Vertragspartner weitergeben, um ein Vertragsangebot oder einen Personalvorschlag zur Pflege des Hilfebedürftigen unterbreiten zu können. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten über den den Hilfebedürftigen autorisiert zu sein. Bei elektronischer Versendung (E-Mail) haben die Angaben trotz fehlender Unterschrift dennoch Gültigkeit.

Datum

Unterschrift