

Wann soll der Einsatz beginnen?

☐ schnellstmöglich

ab: _____

☐ unbefristet

befristet für: _____

1. KONTAKTDATEN

1.1 ANSPRECHPARTNER (z.B. Angehöriger/gesetzlicher Vertreter)

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____ Tel-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax-Nr.: _____

Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person: _____

1.2 HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____ Tel-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Fax-Nr.: _____

1.3 ENTLASTUNGSBETRAG

Möchten Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von 131€ nach §45b SGB XI in Anspruch nehmen?

Wenn ja:

Name Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

2. HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.1 ZUR PERSON

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ derzeit keinen Pflegegrad

2.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

☐ Altersschwäche

☐ Depression

☐ Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt)

☐ Unfall/Sturz

☐ Schlaganfall

☐ Schwäche nach stationärer Behandlung

☐ Parkinson

☐ Diabetes

☐ Amputation

☐ Einsamkeit

☐ Sonstiges

☐ Krebs, Art: _____

Anmerkungen:

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

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

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z.B. Dekubitus)?

☐ nein ☐ ja, Folgende: _____

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

☐ nein ☐ wöchentlich ☐ mehrmals pro Woche ☐ täglich ☐ mehrmals täglich

Wenn ein amb. Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er auch weiterhin übernehmen?

2.3 INKONTINENZ

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

☐ nein ☐ teilweise (z.B. nachts) ☐ Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz
☐ Dauerkatheter ☐ künstlicher Blasenausgang ☐ künstlicher Darmausgang

Verwendet die hilfsbedürftige Person Inkontinenzmaterialien?

☐ nein ☐ ja, Wechsel erfolgt selbständig ☐ ja, Wechsel erfolgt durch Betreuungsperson

2.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

☐ Sehen:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark eingeschränkt	☐ blind
☐ Hören:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark eingeschränkt	☐ gehörlos
☐ Sprechen:	☐ nicht eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ stark eingeschränkt	☐ verstummt

2.5 MOBILITÄT

Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

Bewegung:	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständig auf Hilfe angewiesen
Treppensteigen:	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständig auf Hilfe angewiesen
Baden/Duschen:	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständig auf Hilfe angewiesen
An-/Auskleiden:	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	☐ vollständig auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

☐ nein ☐ ja

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

☐ nein ☐ ja, aber Hilfe beim Umlagern ist nicht notwendig ☐ ja, Hilfe beim Umlagern ist notwendig

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- ☐ Pflegebett ☐ Hebegurt/-sitz ☐ Treppenlift ☐ Toiletten-/Duschstuhl
☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Weitere: _____

Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

- ☐ nein ☐ ja, sie muss gestützt werden
☐ ja, die Hand muss gereicht werden ☐ vollständig auf Hilfe angewiesen

Ist ein Transfer vom Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

- ☐ nein ☐ ja, in folgender Häufigkeit pro Tag: _____

2.6 DEMENZANAMNESE (falls nicht relevant weiter mit dem nächsten Punkt)

Welche Demenz liegt vor?

- ☐ anfängliche Demenz ☐ fortgeschrittene Demenz

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

- ☐ nein ☐ zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) ☐ örtlich („Wo bin ich?“)
☐ räumlich („Wo ist die Toilette?“) ☐ situativ („Was mache ich hier gerade?“)
☐ zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) ☐ zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

2.7 MENTALE VERFASSUNG

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

- ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Anmerkungen: _____

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

- ☐ nein ☐ Angstzustände ☐ Apathie (Teilnahmslosigkeit) ☐ Halluzinationen
☐ Hin- oder Weglauftendenz ☐ gestörter Tag-/Nachtrythmus ☐ starke Unruhe
☐ Ablehnung der Körperpflege

Anmerkungen: _____

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

- ☐ Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig. ☐ Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden.

Anmerkungen: _____

2.8 BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

- ☐ Kochen/Backen ☐ Spaziergänge ☐ Musik ☐ Natur ☐ Tiere
☐ Lesen/Literatur ☐ Fernsehen ☐ Handarbeiten ☐ Gesellschaftsspiele
☐ Weitere: _____

2.9 AUFGABEN BETREUUNGSPERSON

Bei welchen leichten, pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege ausgeschlossen ist.)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Körperhygiene | ☐ Erinnerung an Medikamenteneinnahme | ☐ Intimpflege |
| ☐ Nahrungsaufnahme | ☐ Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen | ☐ Toilettengänge |
| ☐ An- und Auskleiden | ☐ Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme | |
| ☐ Weitere: _____ | | |

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

- ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ jede Nacht ☐ mehrmals pro Nacht

Wenn eine Nachtbetreuung notwendig ist, welche Aufgaben müssen übernommen werden?

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

- ☐ Klingel ☐ „Babyphone“ ☐ Rufen

Kann ein Freizeitausgleich für die Nachtbetreuung gewährleistet werden?

- ☐ nein ☐ ja, durch _____

3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

3.1 WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSPERSON

Welches Geschlecht bevorzugen Sie?

- ☐ egal ☐ weiblich ☐ männlich

Welches Alter bevorzugen Sie?

- ☐ egal ☐ bis 50 Jahre ☐ älter als 50 Jahre

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuungsperson erforderlich?

- ☐ Kategorie I Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen
(Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)
- ☐ Kategorie II Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen
(Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)
- ☐ Kategorie III Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten verständigen
(Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

Führerschein*

- ☐ egal ☐ ja ☐ nein

Würde die Betreuungsperson ein Auto zur Verfügung gestellt bekommen? ☐ ja ☐ nein

- ☐ Automatik ☐ Schaltgetriebe

Fahrzeugmarke: _____

Rauchen? ☐ egal ☐ Rauchen nur draußen

* Der Kfz-Halter trägt Sorge für die versicherungstechnische Absicherung

3.2 ALLGEMEINE ANGABEN ZUM HAUSHALT

Welche Ausstattungsdetails stehen der Betreuungsperson (neben einem eigenen Zimmer) zur Verfügung?

☐ eigenes Bad ☐ TV ☐ Fahrrad ☐ Auto ☐ weitere: _____

Wird der Betreuungsperson ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?

☐ ja, bereits vorhanden ☐ ja, wird noch bereitgestellt ☐ nicht möglich

Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?

☐ zu Fuß ☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln ☐ mit dem Fahrrad ☐ nur mit dem Auto

Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt? (z.B. Putzfrau, Gärtner)

☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch?

☐ nein ☐ ja, in folgender Regelmäßigkeit: _____

Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?

☐ Haus ☐ Wohnung ☐ Sonstiges: _____

Wie ist die Wohnanlage?

☐ Stadt ☐ Dorf ☐ ländlich, außerhalb

Lebt die hilfsbedürftige Person allein im Haushalt?

☐ ja ☐ nein, gemeinsam mit: _____

Müssen für die zweite Person Aufgaben übernommen werden?

☐ Essen kochen ☐ Wäsche ☐ Weitere: _____

3.3 ANGABEN ZUR HAUSHALTSFÜHRUNG

Soll die Betreuungsperson kochen?

☐ nein ☐ ja, für: _____ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

☐ nein ☐ ja, ca: _____ m²

Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

☐ Blumenpflege ☐ Einkaufen ☐ Waschen/Bügeln

☐ Weitere: _____

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen?

☐ nein ☐ ja, folgende: _____

3.4 FREIZEITREGELUNG

In welcher Form kann der Betreuungsperson Freizeit ermöglicht werden?

☐ ein freier Tag pro Woche ☐ zwei halbe freie Tage pro Woche ☐ mehrere Stunden pro Tag

Anmerkungen: _____

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

3.5. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? (optional)

- | | |
|--|---|
| ☐ Krankenhaus in _____ | ☐ Beratungsstelle aus _____ |
| ☐ Internetrecherche | ☐ Persönliche Empfehlung von _____ |
| ☐ Arzt/Therapeut _____ | ☐ Sonstiges _____ |
| ☐ ambulanter Pflegedienst, Name _____ | |

3.6 NEWSLETTER-ANMELDUNG

- ☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, den regelmäßigen E-Mail-Newsletter mit Ratgeber-Tipps und Wissenswertem zum Thema „Pflege“ sowie Infos rund um die Betreuung24 unter der auf Seite 1 genannten E-Mail-Adresse zu erhalten. Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbestimmungen der Betreuung24 und bestätige, dass ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, wie im Hinweis zum Datenschutz beschrieben, informiert bin und ihnen zustimme. Meine Einwilligung kann jederzeit durch in jedem Newsletter aufgeführten Link zur Abmeldung widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten bisherigen Datenverarbeitung berührt wird.
- ☐ nein, danke.

HINWEIS ZUM DATENSCHUTZ

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen. Mit der Übermittlung des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß eingetragen haben und die Einwilligung der weiteren Personen besitzen, deren personenbezogene Daten Sie neben Ihren eigenen angegeben haben.

Weitere Infos zu unserem Datenschutz finden Sie unter: <https://www.betreuung24-senioren.de/datenschutz.html>