

Erhebungsbogen

für eine Betreuungs- und Haushaltshilfe

Um für Ihre individuellen Bedürfnisse die optimale Betreuungskraft zu finden, benötigen wir diesen Erhebungsbogen vollständig ausgefüllt zurück.

Wir erstellen für Sie ein persönliches und unverbindliches Angebot.

Beginn des Einsatzes: ☐ schnellstmöglich ☐ ab: _____

1. Kundendaten (zu betreuende Person)

Vorname, Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Größe: _____

Mobil: _____ Gewicht: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

2. Angaben zur Kontaktperson

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 eine weitere Person im Haushalt hilfsbedürftig? ☐ ja ☐ nein

Vorname, Name: _____

Falls ja, bitte einen weiteren Erhebungsbogen komplett ausfüllen.

4. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad: ☐ keinen Pflegegrad ☐ genehmigt ☐ beantragt
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit: _____

Termin mit MDK: _____

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> rechts |
| | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> links |

Sonstige: _____

Ansteckende Krankheiten: _____

(leiden andere Personen im Haushalt an ansteckenden Krankheiten?)

Demenz-Anamnese:

Welche Einschränkungen gibt es bei der Orientierung?

☐ Zeitlich: _____ ☐ Räumlich: _____

☐ Personell (ggü. anderen Personen): _____

☐ Personell (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 bettlägrig? ☐ 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 vom Bett zum 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 ☐ Vorlagen ☐ Urinflasche

☐ Katheter ☐ suprapubischer Katheter

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
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
Wie oft pro Nacht? ☐ 1 x ☐ 2 – 3 x ☐ mehr als 3 x
Benötigt Unterstützung? ☐ ja ☐ nein

Werden Schlafmittel eingenommen? _____

Sonstiges _____

Aktuelle Therapien

Beindet sich die zu betreuende Person in Therapie? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? _____

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt ☐ selbstständig ☐ unter Aufsicht ☐ unselbstständig

Freizeit und Aktivitäten

Tagesgestaltung ☐ selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbstständig

Kann sich beschäftigen ☐ selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbstständig

Hobbys und Interessen? _____

Außenaktivitäten (Spaziergänge/Treffen/Veranstaltungen)? _____

Wesen und Charakter

Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person?

☐ offen ☐ ruhig ☐ ordnungsliebend ☐ humorvoll

☐ aufgeregt ☐ bestimmend ☐ freundlich ☐ depressiv

☐ kleinlich ☐ lieb ☐ zornig ☐ aggressiv

☐ anhänglich ☐ fordernd ☐ Sonstiges: _____

Probleme bei der Kommunikation

Sprache ☐ keine ☐ mäßige ☐ massive

Hören ☐ keine ☐ mäßige ☐ massive

Sehen ☐ keine ☐ mäßige ☐ massive

Hilfsmittel ☐ Brille ☐ Hörgerät

Sonstiges: _____

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

Transfer (Umsetzen)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Lagern im Bett (Umdrehen)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig

Anmerkungen: _____

Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Patientenhilfen
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker	<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Körperpflege

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 und Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig

Wie oft pro Woche? _____

Anmerkungen: _____

5. Angaben zur Betreuungskraft

Alter ☐ 25 – 35 Jahre ☐ 35 – 50 Jahre ☐ älter als 50 Jahre ☐ irrelevant

Geschlecht ☐ Frau ☐ Mann ☐ irrelevant

Raucher/in ☐ ja ☐ nein ☐ nur draußen

Auswahl Kategorie	Tagespreis	Monat-Komplettpreis (30 Tage)
<input type="checkbox"/> Kategorie 1	106,- €	3.180,- €

sehr gute - gute Deutschkenntnisse, langjährige Erfahrung im Bereich der Grund- pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, verschiedene Erfahrungen in speziellen Themenfeldern wie z.B. Demenz, Parkinson

<input type="checkbox"/> Kategorie 2	101,- €	3.030,- €
---	---------	-----------

gute - mittlere Deutschkenntnisse, mehrjährige Erfahrung im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Betreuung auch in speziellen Themenfeldern wie z.B. Demenz, Lähmungen

<input type="checkbox"/> Kategorie 3	94,- €	2.820,- €
---	--------	-----------

einfache Deutschkenntnisse, Erfahrungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Erfahrungen in der Heimat und Ausland. Betreuung von bettlägerigen Patienten.

Auswahl möglicher Zusatzkosten	Tagespreis	Monat (30 Tage)
<input type="checkbox"/> zweite, im Haushalt lebende, Person mit kompletter Betreuung	28,- €	840,- €

<input type="checkbox"/> zweite, im Haushalt lebende, Person benötigt Haushalts-Betreuung	8,- €	240,- €
---	-------	---------

<input type="checkbox"/> Betreuungskraft muss öfters als 1x in der Nacht aufstehen und Hilfe leisten	8,- €	240,- €
--	-------	---------

Betreuungskraft mit Führerschein, Fahrzeug muss gestellt werden	2,- €	60,- €
---	-------	--------

Führerschein ☐ ja, mit Fahrpraxis ☐ nein ☐ irrelevant

Welches Auto wird zur Verfügung gestellt?

Marke/Model: _____

☐ Automatikgetriebe ☐ Schaltgetriebe

Feiertage: Weihnachten, 1. Weihnachtsfeiertag, 2. Weihnachtsfeiertag, Neujahr, Ostersonntag, Ostermontag, Pfingstsonntag, Maria Himmelfahrt: 100% Aufschlag auf den jeweiligen Tagespreis
In Polen statt Pfingstsonntag & Maria Himmelfahrt = 1. Mai und 1. November

Schwerpunkte für die Betreuungskraft

☐ Grundpflege ☐ Hauswirtschaftliche Aktivitäten

☐ Mobilität ☐ Alltägliche Aktivitäten

☐ Verpflegung und Ernährung

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es zusätzliche Haushaltshilfen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft kommen diese zum Einsatz und in welchem Umfang?

Aufgaben der Betreuungskraft

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> einkaufen gehen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Pflege der Zimmerpflanzen |
| <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Arztbesuche | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Gemeinsame Ausflüge | <input type="checkbox"/> Reinigung des Arbeitsplatzes | | |
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Haustieren/Welche? <hr/> | | | |

6. Beschreibung der Wohnsituation

Die zu betreuende Person lebt in

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stadt | <input type="checkbox"/> Vorstadt | <input type="checkbox"/> Dorf | <input type="checkbox"/> ländlich |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Wohnsituation

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|--|---|----------------------------------|------------------------------------|

Einkaufsmöglichkeiten sind zu Fuß erreichbar in ca.

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 10 Min. | <input type="checkbox"/> 20 Min. | <input type="checkbox"/> 30 Min. | <input type="checkbox"/> mehr als 30 Min. |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|

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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Zimmerausstattung

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> Schrank | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> eigenes Bad | |

Für die Freizeit kann genutzt werden

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Garten | <input type="checkbox"/> Fahrrad |
|---------------------------------|----------------------------------|

7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Arzt _____
- ☐ Beratungsstelle _____
- ☐ Empfehlung _____
- ☐ Flyer _____
- ☐ Internet/Webseite _____
- ☐ Krankenhaus _____
- ☐ Pflegedienst _____
- ☐ Zeitung/Annonce _____

Anwesend bei der Erstellung des Erhebungsbogens

- ☐ Leistungsempfänger ☐ Kontaktperson ☐ Pflegekraft (z.B. Pflegedienst)
- ☐ Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Pflege Sorgenfrei die in diesem Erhebungsbogen enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung (einzusehen unter www.pflege-sorgenfrei.de). Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der abgegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Firma Pflege Sorgenfrei kontaktiert zu werden.
- ☐ Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____