

# 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: \_\_\_\_\_

# Erhebungsbogen

## 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?)

# Erhebungsbogen

### 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:**



## Grundsätzliche Fragen

- |                                                                               |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die zu betreuende Person bettlägrig?                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muss die zu betreuende Person gelagert werden?                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Benötigt die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett zum Rollstuhl? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit?                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Welcher?

Wie oft?

Welche Tätigkeiten?

### Inkontinenz

- Harninkontinenz       nein       gelegentlich       immer

Stuhlinkontinenz       nein       gelegentlich       immer

Hilfsmittel       Windeln       Vorlagen       Urinflasche

Katheter       suprapubischer Katheter

Sonstiges:

# Erhebungsbogen

## 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

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie?       ja       nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt       selbstständig       unter Aufsicht       unselbstständig

# Erhebungsbogen

## 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  
 aufgereggt       bestim mend       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

# Erhebungsbogen

- |                           |                                        |                                                |                                          |
|---------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 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"/> Patientenlifter   |
| <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-/Protesenpflege | <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: \_\_\_\_\_

---

---

# Erhebungsbogen

## 5. Angaben zur Betreuungskraft

Alter	<input type="checkbox"/> 25 – 35 Jahre	<input type="checkbox"/> 35 – 50 Jahre	<input type="checkbox"/> älter als 50 Jahre	<input type="checkbox"/> irrelevant
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> irrelevant	
Raucher/in	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur draußen	
Auswahl Kategorie		Tagespreis	Monat-Komplettprice (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	<input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> irrelevant	

Welches Auto wird zur Verfügung gestellt?

Marke/Modell: \_\_\_\_\_

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

- |                                                    |                                                          |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundpflege               | <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Aktivitäten |
| <input type="checkbox"/> Mobilität                 | <input type="checkbox"/> Alltägliche Aktivitäten         |
| <input type="checkbox"/> Verpflegung und Ernährung |                                                          |

# Erhebungsbogen

## 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 Arbeitssplatzes |                                         |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Haustieren/Welche? |                                                        | _____                                   |                                                    |

## 6. Beschreibung der Wohnsituation

Die zu betreuende Person lebt in

- Stadt  Vorstadt  Dorf  ländlich

Wohnsituation

- Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung  Sonstiges

Einkaufsmöglichkeiten sind zu Fuß erreichbar in ca.

- 10 Min.  20 Min.  30 Min.  mehr als 30 Min.

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

- ja  nein

Zimmerausstattung

- Bett  Tisch  Schrank  Radio  
 TV  Internet  eigenes Bad

Für die Freizeit kann genutzt werden

- Garten  Fahrrad

# Erhebungsbogen

## 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](http://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 \_\_\_\_\_