

# Betreuungsfragebogen

## ...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 gerne ein persönliches und unverbindliches Angebot.

Beginn des Einsatzes:  schnellstmöglich ab:

### 1. Leistungsempfänger (zu betreuende Person) Auftraggeber Rechnungsempfänger

Vorname, Name:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Größe in ca. cm:  Gewicht in ca. kg:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Ist der Patient z.Zt. in einem Krankenhaus/ zur Reha/ in Kurzzeitpflege  ja  nein

Wann ist der voraussichtliche Entlassungstermin?

### 2. Kontaktperson Auftraggeber Vollmacht Rechnungsempfänger

Vorname, Name:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

# Betreuungsfragebogen

## 3. Weitere im Haus lebende Personen

Vorname, Name:

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person:

Ist die hauswirtschaftliche Versorgung dieser 2. Person gewünscht?  Ja  Nein

Ist eine weitere Person im Haushalt hilfsbedürftig, z.B. Grundpflege?  Ja  Nein

Vorname, Name:

Falls ja, bitte einen weiteren **Betreuungsfragebogen** komplett ausfüllen.

## 4. Angaben zur Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad PG)

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Genehmigt | <input type="checkbox"/> Beantragt                      |
| <input type="checkbox"/> 1               | <input type="checkbox"/> 2         | <input type="checkbox"/> 3                              |
| <input type="checkbox"/> 4               | <input type="checkbox"/> 5         | <input type="checkbox"/> PG besteht länger als 6 Monate |

Termin mit MDK:

### Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien                         | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung        | <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) |
| <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer, Beginnend       | <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                |
| <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer, Fortgeschritten | <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                |
| <input type="checkbox"/> COPD/Asthma                       | <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"/> Chronische Durchfälle             | <input type="checkbox"/> Stoma (Anis praeter)       | <input type="checkbox"/> rechts                     |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma                      | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (Tumor)    | <input type="checkbox"/> links                      |

Sonstige:

Ansteckende Krankheiten:

(leiden andere Personen im Haushalt an ansteckenden Krankheiten?)

# Betreuungsfragebogen

## Demenz-Anamnese:

Welche Einschränkungen gibt es bei der **Orientierung**?

- Zeitlich  Örtlich
- Persönlich (ggü. anderen Personen)
- Persönlich (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 bettlägerig?  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 z.B. vom Bett in den 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/Pants  Vorlagen  Urinflasche
- Katheter  suprapubischer Katheter
- Pflegehilfsmittel vorhanden?  Ja  nein Pflegebox gewünscht?  Ja  nein

Sonstiges:

# Betreuungsfragebogen

## 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  
 Nahrung klein schneiden?  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  
 Aufstehen in der Nacht?  nein  1 x  2 – 3 x  mehr als 3 x  
 Benötigt der Patient Unterstützung?  ja  nein

Werden Schlafmittel eingenommen?

Sonstiges

## Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie?  ja  nein  
 Falls ja, welche?  Ergotherapie  Krankengymnastik  Logopädie  andere

## Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt  selbstständig  unter Aufsicht  unselbstständig

Medikamentenstellung/ Blistern durch wen?

# Betreuungsfragebogen

## Freizeit und Aktivitäten

- |                        |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|
| Tagesgestaltung        | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> unter Anleitung | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Kann sich beschäftigen | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> unter Anleitung | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Hobbys und Interessen? | <input type="checkbox"/> Natur/Garten  | <input type="checkbox"/> Fernsehen       | <input type="checkbox"/> Lesen           |

Außenaktivitäten (Spaziergänge/Treffen/Veranstaltungen)?

## Wesen und Charakter

Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person?

- |                                     |                                     |  |                                    |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> offen      | <input type="checkbox"/> ruhig      | <input type="checkbox"/> ordnungsliebend | <input type="checkbox"/> humorvoll |
| <input type="checkbox"/> ängstlich  | <input type="checkbox"/> bestimmend | <input type="checkbox"/> freundlich      | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> kleinlich  | <input type="checkbox"/> lieb       | <input type="checkbox"/> zornig          | <input type="checkbox"/> aggressiv |
| <input type="checkbox"/> umgänglich | <input type="checkbox"/> fordernd   | <input type="checkbox"/> anhänglich      | <input type="checkbox"/> geduldig  |

bescheiden      Sonstiges:

## Probleme bei der Kommunikation

- |             |                                 |                                   |                                       |
|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Sprechen    | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> mäßige   | <input type="checkbox"/> massive      |
| Hören       | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> mäßige   | <input type="checkbox"/> massive      |
| Sehen       | <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> mäßige   | <input type="checkbox"/> massive      |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät |                                       |
| Hinweise:   | <input type="text"/>            |                                   | <input type="checkbox"/> Zahnprothese |

## Einschränkungen in der Bewegung und Motorik

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Hinlegen und Aufstehen                                       | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Hinsetzen und Aufstehen                                      | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Stehen   | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Gehen  | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Treppen steigen  | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Ankleiden/Auskleiden   | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |
| Kleidung muss ausgesucht und auf Sauberkeit geachtet werden? | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> nein                  |  |

# Betreuungsfragebogen

- Transfer (Umsetzen)     selbstständig     bedingt selbstständig     unselbstständig
- Transfer nur mit Lifter?     ja     nein
- Lagern im Bett (Umdrehen)     selbstständig     bedingt selbstständig     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"/> Dekubitus Matratze |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett         | <input type="checkbox"/> Treppenlift           | <input type="checkbox"/> Haus-Notruf        |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:         | <input type="text"/>                           | <input type="checkbox"/> ebenerdige Dusche  |

## 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 oder Duschen            | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> bedingt selbstständig | <input type="checkbox"/> unselbstständig |

Wie oft pro Woche?

Anmerkungen:

**Pflegehilfsmittel wie Einweghandschuhe, Masken, Desinfektionsmittel etc. sind in einem Haushalt mit pflegebedürftigen Personen obligatorisch. Zuschüsse von 42 €/ Monat können beantragt werden. Wir empfehlen einen „Dauerauftrag“ über einen Lieferdienst, gerne auch über uns.**

# Betreuungsfragebogen

## 5. Angaben zur gewünschten Betreuungskraft

Alter (keine Garantie)	30 – 45 Jahre	45 – 60 Jahre	irrelevant
Geschlecht	Frau	Mann	irrelevant
Demenerfahrung	ja    nein	Transfererfahrung	ja    nein
Raucher/in	ja	nein	nur draußen

Auswahl „Kategorie“	Tagespreis	Monat-Komplettpreis* (30 Tage)
---------------------	------------	--------------------------------

<b>„Rundum Sorglos“</b> Sehr gute Deutschkenntnisse (C1 Niveau), langjährige Erfahrung im Bereich der Pflege, ... mit definierten Krankheitsbildern, der hauswirtschaftlichen Versorgung, in Gesellschaft und Alltagsbegleitung	113 €	3.390 €
--	-------	---------

<b>„Alltagsbewährt“</b> Gute Deutschkenntnisse (B2 Niveau), mehrjährige Erfahrung im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Betreuung auch bei anspruchsvolleren Themenfeldern, wie z.B. Demenz, Parkinson, Schlaganfall-Transferleistungen	107 €	3.210 €
--	-------	---------

<b>„Praxistauglich“</b> Mittlere Deutschkenntnisse (B1 Niveau), praktische Erfahrungen im Bereich der Grundpflege, und hauswirtschaftlichen Versorgung in dt. Haushalten gesammelt, Erfahrungen mit verschiedenen Krankheitsbildern	99 €	2.970 €
--	------	---------

<b>„Basic“</b> Einfache Deutschkenntnisse (A2 Niveau), Betreuungskräfte mit Erfahrungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Betreuung von bettlägerigen Patienten	95 €	2.850 €
--	------	---------

\* Monatspreis inklusive An- und Abreisekosten

Auswahl möglicher Zusatzkosten	Tagespreis	Monat (30Tage)
zweite, im Haushalt lebende Person, ohne Unterstützung	3 €	90 €
zweite, im Haushalt lebende, Person benötigt Haushalts-Betreuung	8 €	240 €
zweite, im Haushalt lebende, Person mit kompl. Betreuung/ Pflege	18 €	540 €
Betreuungskraft muss in der Nacht aufstehen und Hilfe leisten	10 €	300 €
Organisation und Umsetzung einer Palliativ-Betreuung	<i>einmalig</i>	250 €
Betreuungskraft mit Führerschein (Fahrzeug muss gestellt werden)	2 €	60 €
Führerschein	ja, mit Fahrpraxis      nein	irrelevant

Welches Auto/Marke wird zur Verfügung gestellt?

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

# Betreuungsfragebogen

## Schwerpunkt Aufgaben für die Betreuungskraft

- Grundpflege       Hauswirtschaftliche Aktivitäten  
 Mobilität       Alltägliche Aktivitäten  
 Verpflegung und Ernährung

Was ist Ihnen an der Betreuung besonders wichtig?

## Sonstige hauswirtschaftliche Unterstützung

Gibt es zusätzliche Haushalts-/Putzhilfen?     ja     nein  
 Wenn ja, wie oft kommen diese zum Einsatz und in welchem Umfang?

## Aufgaben der Betreuungskraft im Detail

- Kochen       einkaufen gehen       Wäsche waschen       Pflege der Zimmerpflanzen  
 Bügeln       spazieren gehen       Arztbesuche       Freizeitgestaltung  
 Gemeinsame Ausflüge       Reinigung des Wohnbereiches       Auto fahren  
 In Abstimmung mit dem Ehepartner

Gibt es Haustiere?     ja     nein    Welche?

Versorgung der Haustiere?     ja     nein

## 6. Beschreibung der Wohnsituation

Die zu betreuende Person lebt in

Stadt       Kleinstadt       Dorf       ländlich

Wohnsituation:     Einfamilienhaus     Mehrfamilienhaus     Wohnung

Einkaufsmöglichkeiten sind zu Fuß erreichbar in ca.

10 Min.       20 Min.       30 Min.       die Familie kauft ein

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

ja     nein

Zimmerausstattung

Bett       Tisch       Schrank       Radio

TV       WLAN/Internet       eigenes Bad

eigenes WC       eigene Wohnung

Für die Freizeit kann genutzt werden

Garten       Fahrrad       Terrasse



# Betreuungsfragebogen

## 7. Wie ist die Pausen- und Freizeitregelung der Betreuungskraft geregelt?

Pausenzeiten pro Tag:

1 freier Tag, bzw. mind. 0,5 Tag pro Woche nach Abstimmung möglich?  ja

Wer übernimmt die Betreuung in dieser Freizeit?

Besucht der Patient die Tagespflege?

## 8. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Krankenhaus     Arzt     Beratungsstelle     Internet/ Homepage  
 Flyer/Presse     Bekannte     Pflegedienst     Sonstiges:

## Anwesend bei der Erstellung des Erhebungsbogens

- Leistungsempfänger     Kontaktperson     Pflegekraft (z.B. Pflegedienst)

- Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass der PflegeKönig die in diesem Betreuungsfragebogen enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwenden darf.  
 Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung (einzusehen unter [www.pflegekoenig.care](http://www.pflegekoenig.care)).  
 Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der abgegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Firma PflegeKönig kontaktiert zu werden.

- Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde       Unterschrift der PflegeKönig