



Fragebogen – Häusliche Pflege 24

1. Leistungsempfänger:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
PLZ und Ort:

.....
Straße und Hausnummer

.....
Telefonnummer

.....
Handynummer

.....
Ehemalige berufliche Tätigkeit:

.....
E-Mail

Familienstand:

verheiratet

alleinstehend

verwitwet

Geschlecht:

weiblich

männlich

Gewicht der zu pflegenden Person:

Größe der zu pflegenden Person:

Häusliche Pflege gesucht ab:

2. Arbeitgeber – nur ausfüllen, wenn nicht übereinstimmend mit Angaben unter Punkt 1.

.....
Name, Vorname

.....
PLZ und Ort:

.....
Straße und Hausnummer

.....
Telefonnummer

.....
Handynummer

.....
E-mail



3. Bevollmächtigte Person – nur ausfüllen, wenn abweichend mit Angaben unter 1. oder 2.:

.....
Name, Vorname

.....
PLZ und Ort:

.....
Straße und Hausnummer

.....
Telefonnummer

.....
Handynummer

.....
E-mail

4. Kontaktperson - bitte nur ausfüllen, wenn abweichend zu Angaben unter 2. und 3.:

.....
Name, Vorname

.....
PLZ und Ort:

.....
Straße und Hausnummer

.....
Telefonnummer

.....
Handynummer

.....
E-mail

5. Wohnsituation des Leistungsempfängers:

Großstadt Stadt Kleinstadt Dorf

Haus Wohnung

Mit wie vielen Zimmern?

Wohnsituation der Betreuungskraft

Zimmer Wohnung

Internet vorhanden:

ja nein

Internet wird beantragt:

ja nein

Entfernung zu einem Einkaufszentrum?

Leben noch andere Personen in Ihrem Haushalt?

ja nein

Wenn ja, welche?.....

Beschäftigen Sie noch weitere Hilfskräfte?

ja nein

Wenn ja, welche?.....

Leben Haustiere im Haushalt des Leistungsempfänger?

ja nein

Wenn ja, welche?.....

Wird in der Wohnung geraucht?

ja nein



6. Informationen zum Leistungsempfänger

z.B. kommunikativ, gesellig, lebhaft, ruhig, bestimmend

.....

.....

.....

7. Pflegegrad:

Pflegegrad vorhanden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Pflegegrad beantragt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
kein Pflegegrad	<input type="checkbox"/>				

Ambulanter Pflegedienst vor Ort:

Kommt ein Pflegedienst? ja nein

Wird der Pflegedienst weiterhin kommen? ja nein

Wie oft täglich?

Aktuell ist ein Pflegedienst beantragt ab:

Welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst?

.....

5. Medikamenteneinnahme:

Spezielle Medikamentenaufnahme: ja nein

Falls ja, welche?

.....

.....

8. Diagnosen / Krankheitsbild / Verhalten

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mit Insulin | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> fortgeschrittene Demenz | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall links | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Dauerkatheder | |

- Sonstige
- Ansteckende Krankheiten? Wenn ja, welche:
- Allergien? Wenn ja, welche:



9. Einschränkungen im Gesundheitszustand

Sehkraft	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> massiv	<input type="checkbox"/> Brille
Sprache	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> massiv	<input type="checkbox"/> spricht nicht
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> massiv	<input type="checkbox"/> Hörgerät
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Anweisung	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> kann nicht alleine
An-/Auskleide	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Anweisung	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> kann nicht alleine
Toilette	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> harninkontinent	<input type="checkbox"/> harn-/stuhlinkontinent
Körperpflege	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Anweisung	<input type="checkbox"/> Hilfe Gesicht	<input type="checkbox"/> Hilfe Rücken
	<input type="checkbox"/> Hilfe Beine	<input type="checkbox"/> Hilfe Oberkörper	<input type="checkbox"/> Hilfe Intimbereich	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
Zahnpflege	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Anweisung	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> kann nicht alleine
Orientierung:				
zeitlich:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massiv
persönlich:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massiv
örtlich:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massiv
Bewusstsein/Gedächtnis:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massiv
geistiger Zustand:	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> teils klar/verwirrt	<input type="checkbox"/> verwirrt	<input type="checkbox"/> teilnahmslos

10. Mobilität

Fortbewegung:	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Begleitung	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Vorlagen
		<input type="checkbox"/> Bettenlift	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Windeln
		<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Katheter
		<input type="checkbox"/> Hebegurt		<input type="checkbox"/> Urinflasche
		<input type="checkbox"/> Wannenlift		
		<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl		
		<input type="checkbox"/> Duschstuhl		
Treppen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Begleitung	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	
Transfer	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Begleitung	<input type="checkbox"/> mit Hand reichen	<input type="checkbox"/> anheben nötig
	<input type="checkbox"/> kann aufstehen	<input type="checkbox"/> kann sich drehen	<input type="checkbox"/> kann sitzen	<input type="checkbox"/> kein Transfer möglich

11. Essen/Trinken

Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig
	<input type="checkbox"/> vergisst zu Trinken	<input type="checkbox"/> vergisst zu Essen	<input type="checkbox"/> Aufsicht nötig
Kau- und Schluckstörungen:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Störung	<input type="checkbox"/> PEG Sonde
	<input type="checkbox"/> Nahrungskarenz	<input type="checkbox"/> Trinkkarenz	
Trinkt der Leistungsempfänger Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal
Bei Medikamentenaufnahme wurde das mit dem Arzt besprochen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Sonstiges

.....

.....



12. Tagesrhythmus

Tagesgestaltung selbständig unter Anleitung unselbstständig

Beschäftigung: selbständig unter Anleitung unselbstständig

Frühstück: Uhr.

Mittagsessen:Uhr

Nachtsch:Uhr.

Abendessen: Uhr

Seniorentreff: ja nein

Wenn ja, wie oft: wann:Uhr. bis:Uhr.

Tagespflege: ja nein

Wie oft:

ab wann: Uhr.

bis wann: Uhr.

13. Schlafgewohnheiten:

Aufstehen Uhr. Mittagsschlaf..... Uhr. Nachtruhe Uhr

Wie oft steht die betreute Person nachts auf?

gar nicht nicht jede Nacht 1 Mal pro Nacht öfter

Grund und Dauer für nächtliches Aufstehen:

.....

Ist die Hilfe der Betreuungskraft dabei nötig?

nein nicht immer ja

Gibt es sonstige Schlafunterbrechungen für die Betreuungskraft?

nein nicht immer ja

Wenn ja, warum und wie häufig?

.....

.....

14. Arbeitszeit, Freizeit für die Betreuung:

.....

.....

.....



15. Anforderungen an die Betreuungskraft:

- Geschlecht: weiblich männlich egal
- Alter: bis 30 Jahre 30- 40 Jahre 40- 50 Jahre
 50 – 60 Jahre egal
- deutsche Sprachkenntnisse: sehr gut gut ausreichend
- Führerschein: ja nein

Weitere Anforderungen an die Betreuungskraft:

.....

.....

.....

Aufgaben der Betreuungskraft:

.....

.....

.....

Besonderheiten, Sonstiges:

.....

.....

.....

15. Wie haben Sie von unserer Agentur erfahren?

- Badische Zeitung Zypresse Internet Empfehlung Sonstige

(Datum)

(Unterschrift)*

*Mit der Unterschrift erteile ich die Erlaubnis zur weiteren Bearbeitung und Weiterleitung personenbezogener Daten an Dritte unter Einhaltung der DSGVO