



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 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Pflegegrad beantragt	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
kein Pflegegrad	☐				

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

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Demenz | ☐ Arthrose |
| ☐ Diabetes mit Insulin | ☐ beginnende Demenz | ☐ Rheuma |
| ☐ Depressionen | ☐ fortgeschrittene Demenz | ☐ Asthma |
| ☐ Parkinson | ☐ Alzheimer | ☐ Multiple Sklerose |
| ☐ Osteoporose | ☐ Tumore | ☐ Hypertonie |
| ☐ Schlaganfall rechts | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Schlaganfall links | ☐ Herzrhythmusstörung | ☐ Dekubitus |
| ☐ chronische Durchfälle | ☐ Inkontinenz | ☐ Epilepsie |
| ☐ Laktoseintoleranz | ☐ Dauerkatheder | |

☐ Sonstige

☐ Ansteckende Krankheiten? Wenn ja, welche:

☐ Allergien? Wenn ja, welche:



9. Einschränkungen im Gesundheitszustand

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

10. Mobilität

Fortbewegung:	☐ selbständig	☐ mit Begleitung	☐ mit Hilfsmittel	☐ bettlägerig
Hilfsmittel	☐ keine	☐ Pflegebett ☐ Bettenlift ☐ Treppenlift ☐ Hebegurt ☐ Wannenlift ☐ Toilettenstuhl ☐ Duschstuhl	☐ Gehstock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl	☐ Vorlagen ☐ Windeln ☐ Katheter ☐ Urinflasche
Treppen	☐ selbständig	☐ mit Begleitung	☐ mit Hilfsmittel	
Transfer	☐ selbständig ☐ kann aufstehen	☐ mit Begleitung ☐ kann sich drehen	☐ mit Hand reichen ☐ kann sitzen	☐ anheben nötig ☐ kein Transfer möglich

11. Essen/Trinken

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

Sonstiges

.....

.....



12. Tagesrhythmus

Tagesgestaltung	☐ selbständig	☐ unter Anleitung	☐ unselbstständig
Beschäftigung:	☐ selbständig	☐ unter Anleitung	☐ unselbstständig
Frühstück: Uhr.	Mittagessen: Uhr		
Nachmittag: 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 ☐ Zypressen ☐ 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