

**KONTAKTFORMULAR
ZUR BEDARFSERFASSUNG / ALLTAGSBETREUUNG**

1.

Angaben zur Kontaktperson

Anrede Frau Mann

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

Hausnr. _____

PLZ _____

Ort _____

Handynummer _____

Telefonnr. _____

E-Mail-Adresse _____

Beziehung _____

(zur betreuten Person z.B. Sohn)

2.

Angaben zur hilfsbedürftigen Person (falls abweichend)

Anrede Frau Mann

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

Hausnr. _____

PLZ _____

Ort _____

Handynummer _____

Telefonnr. _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Vers.-Nr. _____

Wohnt die Person alleine? ja nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt? _____

Benötigt eine der weiteren im Haushalt lebenden Personen ebenfalls Betreuung? ja nein

Aktueller Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ja nein

Wie oft kommt der Pflegedienst?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? (Grundpflege, Behandlungspflege, Zubereitung von Mahlzeiten)

3.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

Beeinträchtigungen

- keine
 All. Altersschwäche
 Asthma
 Blutverdünner
 Dekubitus
 Demenz/Alzheimer leicht mittel fortgeschritten
 Depression
 Diabetes Typ I
 Diabetes Typ II
 Epilepsie
 Herzinfarkt
 Herzinsuffizienz
 Herzschrittmacher
 Hypertonie
 Infektionserkrankungen
 Makuladegeneration
 Multiple Sklerose
 Niereninsuffizienz
 Oberschenkelhalsfraktur
 Ödeme
 Osteoporose
 Parkinson
 PEG/Magensonde
 Rheuma
 Schlaganfall
 (schwere) psychische Erkrankungen
 Spinalkanalstenose
 Suchterkrankungen

3.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

Ansteckende Krankheiten

- ESBL
- Hepatitis
- Herpes Zoster
- HIV
- MRSA

Sonstige _____

Krebskrankungen

- Gehirn
- Konchen
- Magen/Darm-Trakt

Sonstige _____

Allergien

- Lebensmittel
- Medikamente

Sonstige _____

Ärztlich angeordnete Therapien

- Blutzucker messen
- Diät
- Inhalationen
- Injektionen
- Insulinpflichtig bei Diabetes Mellitus
- Kompressionsstrümpfe
- Kompressionsverbände
- Langzeit-Sauerstofftherapien
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche

Medikamente _____

Sonstige _____

4.

Kommunikation / Bewegung

Sprache

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hinweis

Selbstständig – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig
Bedingt selbstständig – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
Teilweise unselbstständig – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
Unselbstständig – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Hörvermögen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hörgerät vorhanden? ja nein

Sehkraft

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Brille vorhanden? ja nein

Bewegung

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- Dekubitusmatratze
- Gehstock
- Mobiles oder festes Sauerstoffgerät
- Patientenlifter

- 5 -

KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG / ALLTAGSBETREUUNG

(Bewegung – Hilfsmittel vorhanden)

- Pflegebett
- Prothesen
- Rollator
- Rollstuhl
- Treppenlifter
- Unterarmgehstütze
- Wechseldruckmatratze
- Weichlagerungsmatratze

Sonstige _____

Orientierung

zeitlich – z. B. Tag-Nacht-Rhythmus

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hinweis

Selbstständig – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig

Bedingt selbstständig – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

Teilweise unselbstständig – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

Unselbstständig – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

örtlich – z. B. Zurechtfindung im Umfeld

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

persönlich – z. B. Erkennen von nahestehenden Personen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

5.

Fragen zum Alltag

Essen/Trinken

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hinweis

- Selbstständig** – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig
Bedingt selbstständig – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
Teilweise unselbstständig – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
Unselbstständig – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Auf ausreichende Nahrungsaufnahme/Trinkmenge achten? ja nein

Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme vorhanden?

- Sondennahrung
- Schnabelbecher
- ergonomisches Besteck und Teller

Diät

- diabetikerangepasste Kost
- Schonkost
- kohlenhydratreduzierte Kost
- vegetarisch
- vegan

Sonstige _____

Aktuelle Therapien

- Ergotherapie
- Krankengymnastik
- Lymphdrainage

Sonstige _____

- Teilnahme an Seniorenkreisen
- Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung
- Kirchenbesuche

5.

Fragen zum Alltag

Welche Informationen zu der betreuten Person sind Ihnen noch wichtig
(z. B.: beliebte Beschäftigungen, Besonderheiten im Umgang, usw..)?

6.1

Hauswirtschaftliche Dienstleistungen

Tiere (Anzahl)

- Hund
- Katze
- Kleintiere in Käfighaltung
- Nutztierhaltung

Sonstige _____

Hinweis

Wir wissen, dass die folgende Auflistung unserer Unterstützungsleistungen im Alltag (Punkt 6.) sehr detailliert ist. Bitte verstehen Sie, dass dies nur eine **erste Orientierung für uns** ist, womit wir gemeinsam starten. Im Laufe der Zeit können wir selbstverständlich die **angebotenen Leistungen anpassen**, ganz nach Ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen. Unser Ziel ist es, flexibel und verständnisvoll auf Ihre Situation einzugehen und nicht nach einem starren Schema zu arbeiten.

Haushaltsführung

- Staubsaugen
- Boden wischen
- Müll entsorgen
- Kochen / Backen
- Aufräumen der Wohnbereiche
- Reinigung der Wohnung
- Pflanzen gießen
- Haustierpflege
- Geschirr spülen / Spülmaschine ein- und ausräumen

Art der Unterkunft der betreuten Person?

- Wohnung
- Haus
- Reihenhaus
- Fläche in m² _____

Wäsche & Textilpflege

- Wechsel der Bettwäsche
- Wäsche waschen
- Wäsche bügeln
- Wäsche aufhängen / trocknen

Einkauf & Besorgungen

- Einkäufe erledigen
- Verräumen von Einkäufen
- Postbotengänge
- Abholen von Rezepten / Medikamenten

6.2

Betreuungsangebote – Beschäftigung mit der betreuungsbedürftigen Person

- Gespräche führen
- Spaziergänge / Ausflüge
- Besuche von Veranstaltungen
- Bewegungsübungen
- Freizeitgestaltung (Singen, Basteln, Gesellschaftsspiele)
- Besuch und Aktivierung von bettlägerigen Menschen
- Besuche im Krankenhaus
- Aktivierung bei Demenz

6.3

Angebote zur Entlastung im Alltag – in Interaktion mit der betreuungsbedürftigen Person

- Begleitung zum Friseur, Pediküre o.ä.
- Begleitung beim Kochen/Backen
- Begleitung bei den Einkäufen
- Unterstützung bei der Tierpflege
- Unterstützung bei der Gartenarbeit
- Unterstützung bei der Organisation von Festen und Feiern
- Begleitung zu Arztbesuchen, Apotheken, Ämtern
- Begleitung bei Besuchen der Familie / Veranstaltungen
- Beratung und Unterstützung bei Anträgen

6.4

Angebote zur Entlastung von Angehörigen – Angebot speziell für die Pflegenden

- Entlastende Gespräche
- Beratung über Hilfsmittel
- Unterstützung bei der Auswahl von Pflegediensten, Therapeuten, weiterhelfenden Beratungsstellen
- Unterstützung bei der Organisation pflegerischer Tätigkeiten
- Unterstützung in Krisensituationen
- Beratung und Unterstützung bei Anträgen

Andere (Punkt 6.1-6.4) _____

10.

Zusätzliche Informationen

Welche Leistungen möchten Sie in Anspruch nehmen?

- Entlastungsbetrag (§45b SGB XI, 131€ / Monat)
- Verhinderungspflege & Kurzzeitpflege (§42a SGB XI, bis zu 3.539€ / Jahr)
- Sachleistungen (§36 SGB XI)
- Privatleistungen / Selbstzahler

Wie Leistungen möchten Sie die Leistungen abrechnen?

- Direktabrechnung über die Pflegekasse
- Leistungsempfänger

Ist es eine Raucherwohnung? ja nein

Wer soll im Notfall kontaktiert werden? _____

Handynummer der Kontaktperson _____

Wunschdauer des Einsatzes

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> einmalig | <input type="checkbox"/> langfristig |
| <input type="checkbox"/> wenige Wochen | <input type="checkbox"/> noch unklar |

Gewünschter Umfang / Stunden

_____ Stunden pro Woche

_____ Stunden pro Monat

Geplanter Beginn _____

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?
