

**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 \_\_\_\_\_

**Krebserkrankungen**

- ☐ 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

- ☐ 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 m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

### **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 \_\_\_\_\_

**Wunschkdauer des Einsatzes**

- ☐ einmalig ☐ langfristig
- ☐ wenige Wochen ☐ noch unklar

**Gewünschter Umfang / Stunden**

\_\_\_\_\_ Stunden pro Woche

\_\_\_\_\_ Stunden pro Monat

**Geplanter Beginn** \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

---

---

---

---