

## KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG

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 zu betreuenden Person

Anrede  Frau  Mann

**Titel** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Nachname** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Hausnr.** \_\_\_\_\_

**PLZ** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**Handynummer** \_\_\_\_\_

**Telefonnr.** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Größe in cm** \_\_\_\_\_

**Gewicht in kg** \_\_\_\_\_

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  
(Falls ja, ergänzen Sie bitte die Angaben ab Punkt 11.)

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
- 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

#### KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG

(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.

Körperhygiene

### Gesicht

- 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

### Oberkörper

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

### Unterkörper

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

### Intimpflege

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

### Baden/Duschen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

- 7 -

#### KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG

(Baden/duschen – Hilfsmittel vorhanden)

- Badelifter
- Behindertengerechtes Bad
- Duschsitz
- Elektrischer Toilettensitz
- Haltegriff WC/Waschbecken

Sonstige \_\_\_\_\_

#### Ausscheidungen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- Bettpfanne
- Katheter
- Künstlicher Darmausgang
- Toilettensitzerhöhung
- Urinflasche
- Vorlage
- WC-Stuhl
- Windeln

Sonstige \_\_\_\_\_

#### 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

#### Toilettengang

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

#### An-/Ausziehen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

6.

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 \_\_\_\_\_

Steht der/die Betreute nachts auf?

- nein
- 1-mal
- 2- bis 3-mal
- mehr als 3-mal

6.

Fragen zum Alltag

- Ist nachts Hilfe nötig?  ja  nein  
Regelmäßiger Besuch von Freunden/Familie/Nachbarn  ja  nein  
Teilnahme an Seniorenkreisen  ja  nein  
Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung  ja  nein  
Kirchenbesuche  ja  nein

7.

Hauswirtschaftliche Leistungen

**Tiere (Anzahl)**

- Hund  
 Katze  
 Kleintiere in Käfighaltung  
 Nutztierhaltung

Sonstige \_\_\_\_\_

- Versorgung der Haustiere  ja  nein  
Begleiten bei Arztbesuchen  ja  nein  
Bügeln  ja  nein  
Gartenarbeit (z. B. Blumen gießen)  ja  nein  
Kochen/Essenszubereitung  ja  nein  
Pflege Außenbereich  ja  nein  
Reinigung der Wohnung  ja  nein  
Wäsche waschen  ja  nein  
Winterdienst  ja  nein  
Einkäufe erledigen  ja  nein  
Gibt es eine Haushaltshilfe?  ja  nein

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? \_\_\_\_\_

8.

Wichtige Informationen

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

---

---

---

9.

Anforderungen an die Betreuungskraft

**Gewünschtes Geschlecht**

- weiblich
- männlich
- nicht relevant

Deutschkenntnisse der Pflegekraft

- basic
- gut
- sehr gut

Soll die Pflegekraft einen Führerschein besitzen?

ja       nein

Ist ein PKW vorhanden?

ja       nein

Darf die Pflegekraft rauchen?

ja       nein

Art der Unterkunft der betreuten Person?

- Wohnung
- Haus
- Reihenhaus

Art der Unterkunft der Pflegekraft

- eigenes Zimmer
- eigene Wohnung
- eigene Etage
- Gästehaus

10.

Zusätzliche Informationen

**Ausstattung der Unterkunft für die Betreuungskraft**

- Außenfenster
- Bett
- eigenes Badezimmer
- Radio
- Schrank
- Tisch
- TV
- WLAN

Wie viele Leute wohnen im selben Haushalt? \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall kontaktiert werden? \_\_\_\_\_

Handynummer der Kontaktperson \_\_\_\_\_

**Wunschdauer des Einsatzes**

- 4 Wochen
- 6 Wochen
- 8 Wochen
- länger

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

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

---

---

---

---

11.

Angaben zur weiteren zu betreuenden Person

Anrede  Frau  Mann

**Titel** \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

**Nachname** \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

**Hausnr.** \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

**Telefonnr.** \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

Größe in cm \_\_\_\_\_

**Gewicht in kg** \_\_\_\_\_

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)

---

---

12.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

**Beeinträchtigungen**

- keine
- All. Altersschwäche
- Asthma
- Blutverdünner
- Dekubitus
- Demenz/Alzheimer
- Depression
- Diabetes Typ I
- Diabetes Typ II
- Epilepsie
- Herzinfarkt

12.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

- Herzinsuffizienz
- Herzschrittmacher
- Hypertonie
- Infektionserkrankungen
- Makuladegeneration
- Multiple Sklerose
- Niereninsuffizienz
- Oberschenkelhalsfraktur
- Ödeme
- Osteoporose
- Parkinson
- PEG/Magensonde
- Rheuma
- Schlaganfall
- (schwere) psychische Erkrankungen
- Spinalkanalstenose
- Suchterkrankungen

#### Ansteckende Krankheiten

- ESBL
- Hepatitis
- Herpes Zoster
- HIV
- MRSA

Sonstige \_\_\_\_\_

#### Krebserkrankungen

- Gehirn
- Konchen
- Magen/Darm-Trakt

Sonstige \_\_\_\_\_

12.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

### 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 \_\_\_\_\_

13.

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

13.

Kommunikation / Bewegung

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

13.

Kommunikation / Bewegung

### 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

14.

Körperhygiene

### Gesicht

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

### Oberkörper

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

### Unterkörper

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

### Intimpflege

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

### Baden/Duschen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

**KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG**

(Baden/duschen – Hilfsmittel vorhanden)

- Badelifter
- Behindertengerechtes Bad
- Duschsitz
- Elektrischer Toilettensitz
- Haltegriff WC/Waschbecken

Sonstige \_\_\_\_\_

**Ausscheidungen**

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- Bettpfanne
- Katheter
- Künstlicher Darmausgang
- Toilettensitzerhöhung
- Urinflasche
- Vorlage
- WC-Stuhl
- Windeln

Sonstige \_\_\_\_\_

**Toilettengang**

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

**An-/Ausziehen**

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

15.

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 \_\_\_\_\_

Steht der/die Betreute nachts auf?

- nein
- 1-mal
- 2- bis 3-mal
- mehr als 3-mal

15.

Fragen zum Alltag

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist nachts Hilfe nötig?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Regelmäßiger Besuch von Freunden/Familie/Nachbarn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Teilnahme an Seniorenkreisen                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kirchenbesuche                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

16.

Wichtige Informationen

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

---

---

---