

**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 zu betreuenden 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  
(Falls ja, ergänzen Sie bitte die Angaben ab Punkt 8.)

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 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) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.

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 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?

---

---

---

---

8.

Angaben zur weiteren zu betreuenden Person

Anrede  Frau  Mann

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

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)

---

---

9.

Diagnosen / Beeinträchtigungen

**Beeinträchtigungen**

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

9.

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 \_\_\_\_\_

9.

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 \_\_\_\_\_

10.

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

10.

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\_\_\_\_\_

10.

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

11.

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

11.

Fragen zum Alltag

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

ja       nein

Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung

ja       nein

Kirchenbesuche

ja       nein

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

---

---

---

12.

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

12.

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

**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