

**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 _____

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 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) _____

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 _____

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?

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