

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 _____

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.

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

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

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

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
- ☐ Reihnhaus

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 _____

Wunschkdauer des Einsatzes

- ☐ 4 Wochen
- ☐ 6 Wochen
- ☐ 8 Wochen
- ☐ länger

Geplanter Beginn _____

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?
