

## Fragebogen für eine 24-Stunden Betreuung

### I. Allgemeine Angaben

<b>Name der Kontaktperson:</b>		<b>Name der zu betreuenden Person:</b>	
<b>Vorname der Kontaktperson:</b>		<b>Vorname der zu betreuenden Person:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Adresse:</b>		<b>Adresse:</b>	
Straße:		Straße:	
Hausnummer:		Hausnummer:	
Postleitzahl (PLZ):		Postleitzahl (PLZ):	
Ort:		Ort:	
<b>Postfach:</b>		<b>Postfach:</b>	
<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):</b>		<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):</b>	
<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Arbeit):</b>		<b>Telefonnummer (Mobil):</b>	
<b>Telefonnummer (Mobil):</b>		<b>Gewicht:</b>	
<b>E-Mail:</b>		<b>Größe:</b>	
<b>Verwandtschaftsgrad zu der betreuenden Person und der Kontaktperson:</b>		<b>Wohnt die zu betreuende Person alleine?</b>	

### Diagnosen:

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche   | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus   | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl.  |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung  | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Allergien             |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz   | <input type="checkbox"/> Rheuma      | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie   | <input type="checkbox"/> Stoma       | <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Tumor                 |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:  |                                      |  |  |

### Pflegegrad:

- Keine:
- Wenn ja, welche:  1.     2.     3.     4.     5.
- Beantragt:  1.     2.     3.     4.     5.

### **Pflegedienst:**

---

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch einen Pflegedienst:  ja  nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:  ja  nein

### **Probleme in der Kommunikation:**

---

Sprache:  keine  mäßige  massive Probleme

Hörvermögen:  keine  mäßige  massive Probleme

Sehkraft:  keine  mäßige  massive Probleme

Hilfsmittel:

Hörgerät:  ja  nein

Brille:  ja  nein

### **Orientierung:**

---

Zeitlich:  ja  zeitweise  massive Probleme

Örtlich:  ja  zeitweise  massive Probleme

Persönlich:  ja  zeitweise  massive Probleme

### **Bewegung:**

---

selbstständig  mit Unterstützung  überwiegend im Rollstuhl  bettlägerig

Hilfsmittel:

### **Treppensteigen:**

---

selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich

Hilfsmittel:

### **Transfer Bett / Rollstuhl:**

---

selbstständig  hilft mit  komplett hilfsbedürftig  bettlägerig / kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett  Lift  Dekubitusmatratze  Rollstuhl  Rollator

**Baden / Duschen:**

selbstständig       braucht Hilfe       komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

**Körperpflege:**

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Urinkontrolle:**

kontinent       teilweise inkontinent (z.B. nachts)       inkontinent

Hilfsmittel:       Windeln       Vorlagen       Urinflasche  
 Katheter       suprapubischer Katheter

**Stuhlkontrolle:**

kontinent       teilweise inkontinent (z.B. nachts)       inkontinent

Hilfsmittel:

**An- / Auskleiden:**

selbstständig       braucht Hilfe       komplett hilfsbedürftig

**Essen / Trinken:**

selbstständig       braucht Hilfe z. B. beim Schneiden       komplett hilfsbedürftig

**Kau- u. Schluckstörungen:**

keine       Störungen       PEG Sonde

Nahrungskarenz       Trinkkarenz

**Diät:**

---

keine  wenn ja, welche:

**Ein- / Durchschlafen:**

---

keine Probleme  sporadische Störungen  Schlaf-wach-Rhythmus gestört

**Wie oft steht die zu betreuende Person jede Nacht auf:**

1 Mal  2 – 3 Mal  mehr als 3 Mal

Bekommt Schlafmittel:  ja  nein

**Aktuelle Therapien:**

---

keine  Krankengymnastik  Logopädie  sonstige:

**Wie ist die zu betreuende Person von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)**

---

## II. Anforderungen an die Betreuer/in und Rahmenbedingungen

---

### 1. Anforderungen an die Betreuer/in:

#### Geschlecht:

---

Frau                       Mann                       irrelevant

#### Alter (in Jahren):

---

20 – 30                       30 - 40                       40 - 50                       älter als 50                       irrelevant

#### Sprachkenntnisse:

---

1 (sehr gut)                       2 (gut)                       3 (befriedigend)                       4 (ausreichend)                       5 (schwach)

#### Führerschein:

---

ja, mit Fahrpraxis                       nein

### 2. Rahmenbedingungen:

#### Lage:

---

Großstadt - zentral                       Großstadt – abgelegen                       Kleinstadt                       Dorf                       ländlich

#### Wohnsituation:

---

Einfamilienhaus                       Mehrfamilienhaus                       Wohnung                       sonstige:

#### Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

---

ca. 10 min.                       ca. 20 min.                       ca. 40 min.                       1 Stunde                       länger als 1 Stunde

#### Ausstattung des Zimmers für den / die Betreuer / -in:

---

eigenes Bad                       Bett                       Tisch                       Schrank                       Radio                       TV

Computer                       Zugang zum Internet

Bemerkungen:

### 3. Zusätzliche Voraussetzungen:

#### Haustiere:

---

keine  wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:  ja  nach Bedarf  nein

#### Einkäufe / Kochen / Essenvorbereitung:

---

immer  ab und zu  nein

Lieblingslebensmittel und -getränke:

#### Waschen:

---

immer  ab und zu  nein

#### Bügeln:

---

immer  ab und zu  nein

#### Begleitung bei Arztbesuchen:

---

immer  ab und zu  nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:  nein  ja, wie oft kommt Sie im Monat:

Welche weitere Hilfe benötigt die zu betreuende Person im Haushalt:

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

---

Unterschrift

Datum

### III. Tagesstruktur von der zu betreuenden Person

---

<b>Morgens:</b>			
<input type="checkbox"/> wecken um:		Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen:			pro Woche

<b>Vormittags:</b>	

<b>Mittags:</b>	

<b>Nachmittags:</b>	

<b>Abends:</b>	

<b>Nachts:</b>	

<b>Welche Hobbys hat die zu betreuende Person:</b>
--

<b>Sonstiges:</b>
-------------------