



www.familienperle.de

Den Fragebogen bitte ausfüllen und zurück an uns!

I. Leistungsnehmer (Bitte je 1 Formular pro zu betreuende Person ausfüllen)

1. Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort):

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Ist die zu betreuende Person selbst geschäftsfähig?

voll geschäftsfähig

familiärer Vormund

gesetzlicher Betreuer

Bei Übernahme der Betreuung wird der Ansprech- und Vertragspartner der/die:

Leistungsnehmer

Ansprechperson

Die bisherige Betreuung erfolgte durch:

Pflegedienst

Familie und Freunde

anderer Anbieter

bisher selbständig

II. Ansprechperson (wenn abweichen von Punkt I.)

1. Name: _____ Vorname: _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort):

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

familiäres Verhältnis: _____

III. Angaben zum Leistungsnehmer und zum Haushalt

1. Gesundheitsmerkmale, Leiden und Beschwerden, bitte benennen:

Alzheimer/Demenz	Schlaganfall	Bettlägerigkeit
Diabetes	Schwerhörigkeit	Herz-Kreislaufkrankung
Gehbehinderung	Dauerkatheter	Dekubitus (Druckgeschwür)
Bluthochdruck	MS-Patient	Harninkontinenz
Parkinson	Tumor	Stuhlinkontinenz
Stoma (Darmausgang/Urinausleitung)		Probleme mit der Speiseröhre

Sonstige Krankheiten und motorische Einschränkungen, bitte erläutern:

2. Die Kommunikationsfähigkeit ist eingeschränkt bezüglich:

Sehen Hören Sprechen Verstehen nicht eingeschränkt

3. Ist eine permanente Aufsicht notwendig? Ja Nein

Wenn Ja, bitte erläutern warum?

4. Schläft die zu betreuende Person durch?

Ja Nein Schlafenszeit: _____

Wenn Nein, bitte erläutern warum (z. B. Toilettengang, Alpträume, Schlaflosigkeit)

Wenn nein, wie oft steht die zu betreuende Person auf?

- | | | | |
|----|------------------------|-----------------------|--------------------------|
| a) | jede Nacht | alle 2-3 Nächte | bis zu 1-mal wöchentlich |
| b) | bis 2 mal in der Nacht | mehrmals in der Nacht | tagesspezifisch |

Wird dabei Untertützung von der Betreuungskraft benötigt? Ja Nein

IV. Pflegegrad

1. Bitte geben Sie den erteilten Pflegegrad der zu betreuenden Person an.

1 2 3 4 5 erteilt am: _____
Pflegegrad erteilt

Eine Ein- oder Höherstufung steht noch aus. Vorrassichtlich am: _____

2. Gewicht der zu pflegenden Person: _____ kg

Die betreute Person muss angehoben werden

Die betreute Person kann mithelfen

Die betreute Person bewegt sich selbständig

3. Es bestehen Hilfsmittel:

Hebegurt

Hebesitz

Patientenlift

keine

andere: _____

V. Pflegeunterstützung

1. Angehörige leben im gemeinsamen Haushalt
 wirken aktiv bei der Betreuung mit
 kommen zu Besuch (wie oft): _____

2. Werden zukünftig Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen?

Ja, wird beantragt

Ja, wird beibehalten

nicht vorgesehen

Wenn Ja, welcher und wie oft? _____

Welche Leistungen werden durch den Pflegedienst erbracht?

Erfolgen weitere Hilfsleistungen durch Dritte (Nachbarn, Freunde)?

VI. Selbständigkeit der zu betreuenden Person

1. Fortbewegung. Die zu betreuende Person bewegt sich:

selbständig ohne Hilfsmittel
meist mit Unterstützung

selbständig mit Hilfsmitteln
immer mit Unterstützung

mit gelegentlicher Hilfe
auf Hilfe angewiesen

Benutzte Hilfsmittel:

Gehstock

Gehhilfe

Rollstuhl

2. Den Toilettengang und die Intimpflege erledigt die zu betreuende Person:

selbständig

teilweise selbständig

auf Hilfe angewiesen

Welche Hilfestellung wird beim Toilettengang benötigt?

Benutzte Hilfsmittel bei Inkontinenz:

Windeln

Unterlagen

Andere: _____

Wird dabei Hilfe der Betreuungskraft benötigt?

Ja

Nein

leichte Hilfestellungen

3. Bei der Körperpflege ist die zu betreuende Person:

selbständig

teilweise selbständig

auf Hilfe angewiesen

Die zu betreuende Person benötigt Hilfe bei:

Baden und Duschen
Hautpflege

Waschen am Waschbecken
Bart und Haarpflege

Mundhygiene
muss erinnert werden

VII. Anfallende Pflichten der Betreuungskraft

1. Allgemeine Tätigkeiten und Unterstützung bei:

Nahrungsaufnahme	Kochen für _____ Personen (ohne Betreuungskraft)	
Ankleiden	Körperpflege	Hilfe bei der Fortbewegung
Wäsche	Bügeln	Saubermachen
Gesellschaft leisten	Freizeitgestaltung	Aktivierende Betreuung
Terminbegleitung	Tagesstruktur organisieren	Haustiere versorgen

andere Aufgaben und leichte hilfspflegerische Tätigkeiten: (bitte auflisten):

a) Der Einkauf wird erledigt durch: die Familie die Betreuungskraft

b) Die Betreuungskraft:

Lebt im gemeinsamen Haushalt und speißt gemeinsam mit der betreuten Person

Lebt im gemeinsamen Haushalt mit der Möglichkeit eigener Hauswirtschaft

Die Haushalte werden getrennt

Die Haushalte werden getrennt, Mahlzeiten werden aber gemeinsam zu sich genommen

2. Gewünschter Tagesablauf

Uhrzeit: Aufgabe: (z.B. Mahlzeiten, Routinen, aktivierende Betreuung)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Die Betreuungskräfte sollten täglich eine Pause von ca. 2-3 Stunden und einen freien Tag in der Woche haben. Ersatzweise sind 2 freie Nachmittage möglich.

umsetzbar

nicht möglich, andere Lösung notwendig

VIII. Gewünschte Betreuungskraft

1. Beginn der Tätigkeit: _____ Einsatzdauer: _____

2. Kündigungsfrist: 14 Tage

3. Bevorzugte Betreuungskraft

Alter	30 - 45	50 - 65	keine Präferenzen
Geschlecht	weiblich	männlich	keine Präferenzen

4. Führerschein mit Fahrpraxis:

wichtig gern gesehen nicht nötig

5. Sprachkenntnisse:

keine Präferenzen
eingeschränkte Verständigung möglich
erweiterte Sprachkenntnisse

6. Sonstiges:

VIII. Zusätzliche Informationen:

1. Informationen zum Wohnumfeld der zu betreuenden Person:

Ein-/Zweifamilienhaus Wohnung, Stockwerk: _____

Videoüberwachung Haustiere: wenn Ja, welche: _____

2. Der Betreuungskraft steht zur Verfügung:

ein Zimmer	separates Apartment	separates Bad
ein Fahrrad	ein Kraftfahrzeug	ein Internetanschluss
Fernseher	andere: _____	