

Kundenfragebogen für Betreuung in häuslicher Gemeinschaft

Bedarfsermittlung für ein passendes Betreuungsangebot

1. Zu betreuende Person 1. (Einzelperson)

Name: _____

Anschrift: _____

Postempfänger ☐ _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/Fax: _____

Mobil: _____

Email: _____

1.1. Zu betreuende Person 2. (Partner/-in, Lebensgefährte/-in, Ehefrau/-mann)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Mobil: _____

Email: _____

1.2. Kontaktperson / Angehörige / Ansprechpartner

Name: _____

Anschrift: _____

Postempfänger ☐ _____

Telefon/Fax: _____ Mobil: _____

Email: _____

Geschäftlich: _____

Verhältnis zur betreuenden Person/en (Kind/Enkel/etc.): _____

2. Wohnverhältnisse

Die zu betreuende/n Person/en lebt/leben

☐ in einem Haus ☐ in einer Wohnung

Im Haushalt wohnen insgesamt _____ Personen

Sind Haustiere vorhanden? ☐ Nein ☐ ja welche? _____

Wird im Haushalt geraucht? ☐ Nein ☐ Ja, in folgenden Räumen: _____

Treppen im Wohnbereich? ☐ Nein ☐ Ja, _____ Etagen Aufzug: ☐ Nein ☐ Ja

Die Betreuungskraft wird untergebracht:

☐ in _____ Zimmer(n) Ausstattung: mindestens Bett und Schrank,

☐ ein Fernseher wird zusätzlich zur Verfügung gestellt

☐ kann ein getrenntes Bad/WC benutzen

Sonstiges: _____

☐ Internet vorhanden

☐ Internet nicht vorhanden

☐ Ein Internetanschluss wird eingerichtet

3. Angaben zum Auftrag (Auftragszeit)

Einsatzbeginn ist

☐ so schnell wie möglich

☐ ab dem _____

4. Krankheitsbild der zu betreuende Person/-en

	zu Person 1	zu Person 2
Einstufung des Pflegegrades	(wenn ja welche? -----) ☐ wurde beantragt ☐ ist derzeit nicht erforderlich	(wenn ja welche? -----) ☐ wurde beantragt ☐ ist derzeit nicht erforderlich
Demenz	☐	☐
Alzheimer	☐	☐
Parkinson*	☐	☐
Diabetes	☐	☐
MS-Patient*	☐	☐
Schlaganfall*	☐	☐
Herzerkrankung	☐	☐
Sehbehinderung (Blindheit)	☐	☐
Probleme mit dem Gehör	☐	☐
Sonstige Erkrankungen	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		

4.1. Auswirkungen von Erkrankungen, Behinderungen und Leiden

	zu Person 1	zu Person 2
Bettlägerigkeit*	☐	☐
Urin-Inkontinenz	☐	☐
Stuhl-Inkontinenz	☐	☐
Katheter vorhanden	☐	☐
	zu Person 1	zu Person 2
Desorientierung	☐	☐
Motorische Unruhe	☐	☐
Störung Tag/Nacht Rhythmus	☐	☐
PEG Sonde vorhanden	☐	☐
Markumarpatient/in	☐	☐

4.2. Hilfestellungen sind in erforderlichlich bei

	zu Person 1	zu Person 2
Nahrungszubereitung	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐
Körperpflege	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐
Aufstehen/Zubettgehen*	☐	☐
Lagern*	☐	☐
Stehen*	☐	☐
Gehen*	☐	☐
Duschen/Baden*	☐	☐
Kämmen	☐	☐
Mundhygiene	☐	☐
Hinführen/Benutzen WC*	☐	☐

Gewicht und Körpergröße (wichtig bei Transfer, Lagern, Aufstehen und Gehen)

Person 1: _____ kg / _____ cm Person 2: _____ kg / _____ cm

Transfer oder Heben mit Körperkraft erforderlich? Person 1: ☐ Nein ☐ Ja Person 2: ☐ Nein ☐ Ja

Nächtliche Hilfe: ☐ keine ☐ einmal ☐ mehrmals pro Nacht Grund: _____

4.3. Vorhandene Hilfsmittel

	zu Person 1	zu Person 2
Gehstock	☐	☐
Rollator/Gehhilfe	☐	☐
Rollstuhl	☐	☐
Pflegebett	☐	☐
Toilettenstuhl	☐	☐
Badewannenlift	☐	☐
Treppenlift	☐	☐
Antithrombose-Strümpfe	☐	☐

4.4. Bisherige Versorgung des/der Kunden

☐ selbstständig ☐ durch Angehörige ☐ amb. Pflegedienst

Wenn ein ambulanter Pflegedienst die bisherige Versorgung übernommen hat, kommt dieser Weiterhin?

☐ nein

☐ ja - welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst durchgeführt und wie oft kommt er?

Bitte beachten Sie: Betreuungspersonen dürfen keine medizinische Behandlungspflege übernehmen, zum Beispiel Medikamente stellen oder verabreichen, Injektionen geben oder Wunden versorgen. Dafür ist ein zugelassener ambulanter Pflegedienst oder eine entsprechend befugte Pflegefachkraft erforderlich.

5. Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht ☐ unwichtig ☐ weiblich ☐ männlich

Mindestalter ☐ unwichtig ☐ ab _____ Jahre

Tierlieb ☐ unwichtig ☐ ja ☐ nein

Führerschein erforderlich? ☐ Nein ☐ Ja Fahrzeug für die Betreuungskraft vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja

Weitere wichtige Anforderungen: ☐ Nichtraucher/-in ☐ Nachtbereitschaft nach Absprache ☐ Sonstiges: _____

5.1. Sprachkenntnisse der Betreuungskraft

☐ Sprachstufe A2: einfache Gespräche und Anweisungen im Alltag sind möglich.

☐ Sprachstufe B1: viele Gespräche und eine selbstständigere Kommunikation sind möglich.

☐ Unterhaltungen sind in einer anderen Sprache möglich
und zwar in _____

5.2. Platz für weitere/sonstige Bemerkungen

6. Tagesablaufplan für

☐ Frau

☐ Herrn

☐ Familie

6.1. Zeitlicher Überblick

__: __ Uhr: _____

__: __ Uhr: _____

__: __ Uhr: _____

__: __ Uhr: _____

__: __ Uhr: _____

__: __ Uhr: _____

6.2. Persönliche Vorlieben

zu Person 1

zu Person 2

Spaziergänge unternehmen	☐	☐
Fernsehen	☐	☐
Literatur	☐	☐
Musik	☐	☐
Spiele	☐	☐

Sonstiges: _____

6.3. Spezielle Wünsche bei der Speisezubereitung

Frühstück: _____

Mittagessen: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Allergien / Unverträglichkeiten / besondere Kostform: _____

Schluckbeschwerden oder Hilfe bei der Nahrungsaufnahme? ☐ Nein ☐ Ja: _____

7. Platz für weitere/sonstige Bemerkungen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

8. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ort, Datum

Pflegeperson/Angehöriger