

Betreuungsfragebogen

Seite 1 von 11

Kontaktperson (Auftraggeber)

Vorname / Name _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger Vater Mutter _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon Fax _____

E-Mail _____

Vollmacht liegt vor notarielle Vollmacht Gesetzlicher Betreuer

Leistungsempfänger weiblich männlich

Vorname / Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Wie wurden Sie auf Besocuras aufmerksam? _____

Voraussichtlicher Einsatzbeginn schnellstmöglich zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes unbefristet bis zum _____

Leistungsempfänger weiblich männlich

Alter _____ Jahre Größe _____ cm Gewicht _____ kg

PLZ/Ort _____

Raucherhaushalt ja nein Patient ist Raucher ja nein

Weitere Mitglieder im Haushalt _____

Hauswirtschaftliche Versorgung für 2. Person? ja nein

Unterstützt das Familienmitglied die Betreuungskraft? ja nein

Benötigt ein weiteres Familienmitglied aktive Betreuung? (Ja = 2. Fragebogen) ja nein

Hausarzt _____

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr: _____

Anerkannte Pflegebedürftigkeit

seit wann? _____ Es ist noch kein Pflegegrad (PG) bestätigt

PG bestätigt PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

PG beantragt PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung? ja nein wird abbestellt

Name des Pflegedienstes, Telefon _____

wie oft täglich, für welche Tätigkeiten _____

Hausnotruf? ja nein geplant

Schlüssel hinterlegt? ja nein bei _____

Betreuungsfragebogen

Seite 3 von 11

Krankheitsbilder

Allergien	COPD Stufe _____	multiple Sklerose
Dekubitus	Rheuma	chronische Durchfälle
Alzheimer	Blutverdünnung	Diabetes insulinpflichtig
Asthma	Herzinfarkt	Parkinson seit _____
Osteoporose	Herzinsuffizienz	Stoma (Anus praeter)
Tumor	Herzrhythmusstörung	Demenz (Anfangsstadium)
Depressionen	Hypertonie	Demenz (Fortgeschritten)
Schlaganfall	Inkontinenz	Weglauftendenz
Gehschwäche	Arthrose	Neurodermitis

Hinweise: _____

Wer stellt die Medikamente

Apotheke	Pflegedienst	Familie	Selbst
----------	--------------	---------	--------

Grundsätzliche Fragen

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	ja	nein
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	ja	nein
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	ja	nein
Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?	ja	nein
Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?	ja	nein

Falls „ja“, welche? _____

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten?	ja	nein
---	----	------

Falls „ja“, welche? _____

Ist der Patient momentan in einer Klinik/Reha?	ja	nein
--	----	------

Falls „ja“, sind die Angaben ärztlich abgesichert?	ja	nein
--	----	------

Hinweise _____

Betreuungsfragebogen

Seite 4 von 11

Kommunikation uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hören
 Sehen
 Sprechen

Hinweise _____

Hilfsmittel Brille Hörgerät Sonstige _____

Hinweise _____

Orientierung uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Zeitlich
 Örtlich
 Persönlich

Hinweise _____

Mobilität - Gehen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hinweise _____

Mobilität - Stehen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Hinweise _____

Hilfsmittel Pflegebett Nachtstuhl Dekubitus-Matratze
 Gehstock Rollator Rollstuhl
 Patientenlift Badewannenlift ebenerdige Dusche
 Treppenlift Sonstige _____

Hinweise _____

Betreuungsfragebogen

Seite 5 von 11

Transfer	nicht nötig Patient benötigt Unterstützung Patient hilft aktiv mit Patient hilft <u>wenig</u> mit	Patient hilft <u>nicht</u> mit muss gehoben werden Transfer nur mit Patientenlift
-----------------	--	---

Hinweise _____

Hygiene	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
----------------	-----------------	-------------------------	---------------

Duschen / Baden

Hautpflege

Mundpflege

Zahnprothese

Haarpflege

Intimpflege

Rasieren

Patient wird im Bett gewaschen

Ja

Nein

Hand-Fußpflege

Familie

Fußpflege kommt ins Haus

Hinweise _____

Ausscheiden	Ja	gelegentlich	Nein
--------------------	----	--------------	------

Urininkontinenz

Stuhlinkontinenz

Hilfsmittel	Ja		Nein
--------------------	----	--	------

Blasenkatheter

Suprapubischer Katheter

Urinflasche

Windeln/Panty

Vorlagen

Inkontinenzrezept liegt vor

Hinweise _____

Betreuungsfragebogen

Seite 6 von 11

Hilfsmittel zum Verbrauch (40,00 Euro nach §40 SGB XI)

vorhanden

Pflegebox bestellen

werden selbst besorgt

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Hinweise: _____

Kleidung

uneingeschränkt

teilweise eingeschränkt

eingeschränkt

Ankleiden

Auskleiden

Kleidung muss ausgesucht und bereit gelegt werden

ja

nein

Kleidung muss auf Eignung, Sauberkeit usw. kontrolliert werden

ja

nein

Hinweise:

Essen-Trinken

uneingeschränkt

teilweise eingeschränkt

eingeschränkt

Selbstständiges Essen

Selbstständiges Trinken

Kauen – Schlucken

PEG Sonde

ja

nein

Nahrung kleinschneiden

ja

nein

Nahrung dareichen

ja

nein

Ernährungszustand

Normal

Unterernährt

Adipös

Entwässert

Kostform

Normal

Vollwert

Vegetarisch

Diabeteskost

Trinkmenge

Normal

Wenig

Viel

zum Trinken animieren

Essen, gerne: _____

Essen, nicht gerne: _____

Trinken, gerne: _____

Betreuungsfragebogen

Seite 7 von 11

Ruhen – Schlafen uneingeschränkt teilweise eingeschränkt eingeschränkt

Einschlafen

Durchschlafen

Medikamente _____

Zu Bett gehen: ca. _____ Uhr Aufstehen: ca. _____ Uhr Mittagsschlaf: ca. _____ Std.

Nächtliche Einsätze (Toilettengang)

Allein (Hilfe nicht notwendig)

Gelegentlich 1–2x pro Nacht

Nie bzw. selten (max. 3x pro Woche)

Häufig (mehrmals pro Nacht)

Hinweise _____

Therapien - Beschäftigung

Ergotherapie	_____	pro Woche	_____
Musiktherapie	_____	pro Woche	_____
Beschäftigungstherapie	_____	pro Woche	_____
Logopädie	_____	pro Woche	_____
Krankengymnastik	_____	pro Woche	_____
Tagespflege	_____	pro Woche	_____
Ehrenamtliche Helfer	_____	pro Woche	_____
Familienmitglieder	_____	pro Woche	_____

Entlastung und Unterstützung der Betreuungskraft vor Ort bei ihrer Arbeit

An _____ Tagen in der Woche ist ein Familienmitglied für mindestens 1 Stunde vor Ort

Nutzung der Entlastungsleistungen (125 € z.B. Ambulanter Pflegedienst, Seniorenbetreuer)

Besuch einer stationären Tagespflegeeinrichtung an _____ Tagen in der Woche

Sonstiges: _____

Betreuungsfragebogen,

Seite 8 von 11

Hobbies – Interessen

Musik	Fernsehen	Natur/Garten	Spaziergehen
Spiele	Malen	Lesen	Kreuzwörterrätsel

Weitere _____

Wesenszüge

lieb	umgänglich	bescheiden	geduldig	zurückhaltend
fordernd	bestimmen	störrisch	ungeduldig	ängstlich

Weitere _____

Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: schnellstmöglich zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: unbefristet bis zum _____

Gewünschtes Alter: 25 - 35 Jahre 36 - 45 Jahre > 46 Jahre
 (keine Garantie)

Geschlecht Frau Mann Egal

Sprachkenntnisse einfach A1 mittel A2 gut B1 sehr gut B2

Führerschein nein ja Schaltung Automatik

Raucher (keine Garantie) nein ja (nur draußen) unwichtig

Betreuungsfragebogen

Seite 9 von 11

Was ist Ihnen bei der Betreuung am Wichtigsten?

Einführung in die Gemeinde (Wichtig)

(Wege für Spaziergänge, Fahrt zum Hausarzt, Apotheke, Einkaufsmöglichkeiten usw.)

Von: _____

Aufgaben der Betreuungskraft

Einkaufen gehen	Arztbesuche organisieren	Freizeitgestaltung
Kochen	Grundpflege	Auto fahren
Wäsche waschen	spazieren gehen	
Bügeln	gemeinsame Ausflüge	
Reinigung des Wohnbereichs	Pflege der Zimmerpflanzen	_____

Gibt es Haustiere/ Besuchstiere? ja nein wenn ja, welche _____

Wer soll die Haustiere versorgen? Betreuungskraft Familie

Ort und Wohnsituation

Einfamilienhaus	Zweifamilienhaus	Garten
Wohnung	Zimmer _____	Balkon
Barriere arm	Fahrstuhl	Etage _____

Die Ausstattung der Häuslichkeit ist:

einfach normal gehoben

Der Patient / Patientin wohnen in:

Dorf Kleinstadt Stadt große Stadt
 _____ Ew. _____ Ew. _____ Ew. _____ Ew.

Die Wohnlage ist:

sehr ruhig ruhig belebt sehr belebt
 Außenorts Vorortlage Zentrumsnah Zentrum

Betreuungsfragebogen

Seite 10 von 11

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min. Familie hilft/erledigt

Der Wochenendeinkauf ist fußläufig zu erreichen in:

ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min. Familie hilft/erledigt

Bus/Bahn Situation

sehr gut gut nicht gut

Die nächste Haltestelle für Bus, U-S-Bahn usw. (zu Fuß)

ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min.

Das Zimmer der Betreuungskraft hat folgende Ausstattung:

Bett	Schlafcouch	Internet(WLAN)	eigener Wohnbereich
Tisch	Radio	Computer	eigenes Bad
Schrank	TV	Balkon	eigenes WC
			gemeinsames Bad

Bemerkungen: _____

Zur Freizeitgestaltung der Betreuungskraft stehen zur Verfügung:

PKW Fahrrad Balkon Garten

Hinweise _____



Anwesend bei der Erstellung des Betreuungsfragebogens

Kunde (Patient)

Kontaktperson/Angehörige

Pflegedienst

Fragebogen wurde vorab telefonisch erstellt und zur Unterschrift an den Kunden/Bevollmächtigten zur Gegenzeichnung zugesandt

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten ausschließlich zum Zwecke der Vermittlung einer Betreuungskraft einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich an Besocuras, Weserstr. 79 in 45136 Essen zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehöriger)

Unterschrift Besocuras Essen - Bochum
