

Erhebungsbogen

bzgl. einer 24-Stunden Betreuungs- und Haushaltshilfe für einen



Seniorenalltag ohne Sorgen

Wir erstellen für Sie gerne **kostenlos** ein persönliches und unverbindliches Angebot.

Um für Ihre individuellen Bedürfnisse die optimale Betreuungskraft finden zu können, benötigen wir diesen Erhebungsbogen **vollständig** ausgefüllt zurück!

Beginn des Einsatzes: ab _____ gewünschte Dauer _____

1. Kundendaten (zu betreuende Person)

Vorname, Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Größe: _____

Mobil: _____ Gewicht: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

2. Angaben zur Kontaktperson

Vorname, Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

3. Weitere, im Haus lebende Personen

Name: _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person: _____

Ist eine weitere Person im Haushalt hilfsbedürftig? ja nein

Vorname, Name: _____

Falls ja, bitte einen weiteren Erhebungsbogen komplett ausfüllen.

4. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad: keinen Pflegegrad genehmigt beantragt
 1 2 3 4 5 seit: _____

Termin mit MDK: _____

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> rechts |
| | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> links |

Sonstige: _____

Ansteckende Krankheiten: _____

(leiden andere Personen im Haushalt an ansteckenden Krankheiten?)

Demenz-Anamnese:

Welche Einschränkungen gibt es bei der Orientierung?

- Zeitlich: _____ Räumlich: _____
- Personell (ggü. anderen Personen): _____
- Personell (ggü. sich selbst): _____

Wichtig zu wissen in der Betreuung und Umgang mit der pflegenden Person:

- Aggressivität: _____
- Angstzustände Apathie
- Gestörter Tag- /Nacht-Rhythmus Starke Unruhe
- Weglauftendenz: _____ Körperpflege wird zugelassen: _____
- Hilfsbedürftige Person braucht direkte Ansprache: _____
- Hilfsbedürftige Person will in Ruhe gelassen werden: _____

Grundsätzliche Fragen

- Ist die zu betreuende Person bettlägrig? ja nein
- Muss die zu betreuende Person gelagert werden? ja nein
- Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? ja nein
- Benötigte Hilfe beim Transfer vom Bett zum Rollstuhl? ja nein
- Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ja nein
- Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ja nein

Welcher? _____

Wie oft? _____

Welche Tätigkeiten? _____

Inkontinenz

- Harninkontinenz nein gelegentlich immer
- Stuhlinkontinenz nein gelegentlich immer
- Hilfsmittel Windeln Vorlagen Urinflasche
- Katheter suprapubischer Katheter

Sonstiges: _____

Essen und Trinken

Ernährungszustand normal adipös unterernährt entwässert

Kostform normal vollwert vegetarisch Sonder-/Diabetikerkost

Diätvorschriften oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____

Probleme beim Essen? ja nein

Kau-/ Schluckstörungen? ja nein

Probleme beim Trinken? ja nein

PEG-Sonde? ja nein

Trinkmenge normal wenig darauf achten

Sonstiges: _____

Nachtruhe

Schlafenszeit von ca.: _____ Uhr bis ca.: _____ Uhr

Schlafstörungen ja nein

Wie oft pro Nacht? 1 x 2 – 3 x mehr als 3 x

Benötigt Unterstützung? ja nein

Werden Schlafmittel eingenommen? _____

Sonstiges _____

Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie? ja nein

Falls ja, welche? _____

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt selbständig unter Aufsicht unselbständig

Freizeit und Aktivitäten

Tagesgestaltung selbstständig unter Anleitung unselbstständig

Kann sich beschäftigen selbstständig unter Anleitung unselbstständig

Hobbys und Interessen? _____

Außenaktivitäten (Spaziergänge/Treffen/Veranstaltungen)? _____

Wesen und Charakter

Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person?

offen bestimmend humorvoll ordnungsliebend

ruhig fordernd depressiv freundlich

kleinlich anhänglich aggressiv zornig

lieb aufgeregt sonstiges: _____

Probleme bei der Kommunikation

Sprache keine mäßige massive

Hören keine mäßige massive

Sehen keine mäßige massive

Hilfsmittel Brille Hörgerät

Sonstiges: _____

Einschränkungen in der Bewegung und Motorik

Hinlegen + Aufstehen selbstständig bedingt selbstständig unselbstständig

Hinsetzen + Aufstehen selbstständig bedingt selbstständig unselbstständig

Stehen selbstständig bedingt selbstständig unselbstständig

Gehen selbstständig bedingt selbstständig unselbstständig

Transfer (Umsetzen) selbständig bedingt selbständig unselbständig

Umdrehen/Lagern Bett selbständig bedingt selbständig unselbständig

Anmerkungen: _____

Hilfsmittel

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker | <input type="checkbox"/> Patientenlifter |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
-

Körperpflege

Waschen im Bett selbständig bedingt selbständig unselbständig

Waschen/Waschbecken selbständig bedingt selbständig unselbständig

Zahn-/Prothesenpflege selbständig bedingt selbständig unselbständig

Intimpflege selbständig bedingt selbständig unselbständig

Haarpflege selbständig bedingt selbständig unselbständig

Rasieren selbständig bedingt selbständig unselbständig

Hautpflege selbständig bedingt selbständig unselbständig

Baden und Duschen selbständig bedingt selbständig unselbständig

Wie oft pro Woche? _____

Anmerkungen: _____

5. Angaben zur Betreuungskraft

- Alter 25 – 35 Jahre 35 – 50 Jahre älter als 50 Jahre unerheblich
- Geschlecht Frau Mann unerheblich
- Raucher/in ja nein nur draußen

Auswahl Kategorie

Tagespreis

Monat (30 Tage)

- Kategorie 1
GOLD
89,70 € 2690,-€
sehr gute Deutschkenntnisse, langjährige Erfahrung im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, hohe Qualifikation, zusätzliche Erfahrungen in speziellen Themenfeldern wie z.B. Demenz.
- Kategorie 2
SILBER
80,00 € 2490,-€
gute Deutschkenntnisse, mehrjährige Erfahrung im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, gute Qualifikation, Betreuung in speziellen Themenfeldern wie z.B. Demenz.
- Kategorie 3
BRONZE
76,40 € 2290,-€
mittlere Deutschkenntnisse, Erfahrungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Erfahrungen im Umgang mit älteren Menschen, gute Heimerfahrungen

Auswahl möglicher Zusatzleistungen

- zweite, im Haushalt lebende Person mit kompletter Betreuung 20 % Aufschlag auf den jew. Tagespreis 20 % Aufschlag
- zweite Person im Haushalt benötigt Haushalts-Betreuung 4,-€ 120,-€
- Betreuungskraft mit Führerschein Fahrzeug muss gestellt werden 2,-€ 60,-€
- Führerschein ja, mit Fahrpraxis nein unerheblich

Welches Auto wird zur Verfügung gestellt? Marke / Modell: _____

- Schaltgetriebe Automatikgetriebe

Schwerpunkte für die Betreuungskraft

- Grundpflege Hauswirtschaftliche Aktivitäten
- Mobilität Alltägliche Aktivitäten
- Verpflegung und Ernährung

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es zusätzliche Haushaltshilfen? ja nein

Wenn ja, wie oft kommen diese zum Einsatz und in welchem Umfang?

Aufgaben der Betreuungskraft

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> einkaufen gehen | <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Pflege Zimmerpflanzen |
| <input type="checkbox"/> Bügeln | <input type="checkbox"/> spazieren gehen | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> Gemeinsame Ausflüge |
| <input type="checkbox"/> Arztbesuche | <input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnräume | <input type="checkbox"/> Leichte Gartenarbeit | |
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Haustieren/Welche? | _____ | | |

6. Beschreibung der Wohnsituation

Die zu betreuende Person lebt in

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stadt | <input type="checkbox"/> Vorstadt | <input type="checkbox"/> Dorf | <input type="checkbox"/> ländlich |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Wohnsituation

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
|--|---|----------------------------------|---|

Einkaufsmöglichkeiten sind zu Fuß erreichbar in ca.

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 10 Min. | <input type="checkbox"/> 20 Min. | <input type="checkbox"/> 30 Min. | <input type="checkbox"/> mehr als 30 Min. |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|

Für die Betreuungskraft kann ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? (= Grundbedingung!)

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Zimmerausstattung

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Tisch | <input type="checkbox"/> Schrank | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> eigenes Bad | <input type="checkbox"/> WLAN (Internet) |

Für die Freizeit kann genutzt werden (Mindestzeiten beachten)

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Garten | <input type="checkbox"/> Fahrrad |
|---------------------------------|----------------------------------|

Fair Care!

7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Arzt Internet Krankenhaus Beratungsstelle
- Zeitung Bekannte Pflegedienst Sonstiges: _____
-

Anwesend bei der Erstellung des Erhebungsbogens

- Leistungsempfänger Kontaktperson Pflegekraft (z.B. Pflegedienst)

- Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die **SoS-Betreuungsvermittlung** die in diesem Erhebungsbogen enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet.
- Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung (einzusehen unter **www.sos-pflege.de**)
- Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der abgegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Firma **SoS-Betreuungsvermittlung** kontaktiert zu werden.
- Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen, wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____
