

Fragebogen zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs

1. Datenschutz

Datenschutzrechte der Betroffenen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO):
Sie können von uns jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Artikel 15 DS-GVO), deren Berichtigung (Artikel 16 DS-GVO), Löschung (Artikel 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO) verlangen, sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO) geltend machen. Ebenfalls können Sie Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen (Artikel 21 DS-GVO).

Bitte beachten Sie, dass Datenverarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, hiervon nicht betroffen sind. Zu den vorgenannten Zwecken wenden Sie sich bitte an die nachfolgende Kontaktadresse.

SeniorHelp24 GmbH
Neuer Wall 50
20354 Hamburg

Tel.: 0800 - 0 100 333
E-Mail: datenschutz@seniorhelp24.de

2. Aktuelle Pflegesituation

Bedarfsort

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

Betreuungsbeginn

schnellstmöglich (5 bis 7 Werktage)

Datum _____

zu betreuende

1 Person

2 Personen

Leben weitere Personen im Haushalt?

nein

ja

3. Allgemeine Angaben des Ansprechpartners

Personendaten

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

Mobilfunknummer

Festnetznummer

E-Mail

Bezug oder Kontaktgrad zur pflegebedürftigen Person

4. Angaben zu der zu betreuenden Person

1. Personendaten

Anrede	Vor- und Nachname	Größe	Gewicht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alter	Geburtsdatum	Krankenkasse <input type="radio"/> gesetzl. <input type="radio"/> privat	Hausarzt _____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Name der Krankenkasse _____	_____

2. Pflegegrad keiner 1 2 3 4 5

3. Pflegedienst beauftragt ja nein

4. Mobilität



- uneingeschränkt mobil
- leicht gehbehindert
- rollatorfähig
- rollstuhlfähig
- bettlägerig

5. Kommunikation/Wahrnehmung

– Hören 

- nicht eingeschränkt
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- nicht möglich

– Sprechen 

- nicht eingeschränkt
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- nicht möglich

– Sehen 

- nicht eingeschränkt
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- nicht möglich

6. Diagnosen

- | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> geistig behindert | <input type="radio"/> MS-Patient | <input type="radio"/> Schmerzpatient |
| <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Herz- Kreislauferkrankung | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Sonde |
| <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Inkontinenz (Urin und Stuhl) | <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> weitere Krankheitsmerkmale: |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Katheter | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Dialysepatient | <input type="radio"/> Krebs | <input type="radio"/> Schlaganfall | |

7. Ein-/Durchschlafen keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

8. An- u. Auskleiden

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

9. Aufrichten u. Zubettgehen

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

10. Treppensteigen

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

11. Gehen

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

12. Transfer

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

13. Nachteinsätze nein, maximal 1 mal pro Woche ja, maximal 1 mal pro Nacht ja, mehrmals pro Nacht Wie oft? _____ mal

14. Vorhandene Hilfsmittel

- | | | | | |
|--------------------------------|---|---|----------------------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> Hörgerät | <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Toilettenstuhl | <input type="radio"/> Pflegebett | Sonstige Angaben: |
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Lift | <input type="radio"/> Treppenlift | <input type="radio"/> Rollator | _____ |
| <input type="radio"/> Gehhilfe | <input type="radio"/> Dekubitusmatratze | <input type="radio"/> barrierefreie Einrichtung | <input type="radio"/> Badelift | _____ |

i Sollte es sich um zwei zu betreuende Personen handeln, tragen Sie bitte die Daten nachfolgend ein. Andernfalls überspringen Sie bitte diese Seite.

5. Angaben zur zweiten zu betreuenden Person

15. Personendaten

Anrede	Vor- und Nachname	Größe	Gewicht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alter	Geburtsdatum	Krankenkasse <input type="radio"/> gesetzl. <input type="radio"/> privat	Hausarzt _____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Name der Krankenkasse _____	_____

16. Pflegegrad keiner 1 2 3 4 5

17. Pflegedienst beauftragt ja nein

18. Mobilität



- uneingeschränkt mobil
- leicht gehbehindert
- rollatorfähig
- rollstuhlfähig
- bettlägerig

19. Kommunikation/Wahrnehmung

– Hören 

- nicht eingeschränkt
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- nicht möglich

– Sprechen 

- nicht eingeschränkt
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- nicht möglich

– Sehen 

- nicht eingeschränkt
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- nicht möglich

20. Diagnosen

- | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> geistig behindert | <input type="radio"/> MS-Patient | <input type="radio"/> Schmerzpatient |
| <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Herz- Kreislauferkrankung | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Sonde |
| <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Inkontinenz (Urin und Stuhl) | <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> weitere Krankheitsmerkmale: |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Katheter | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Dialysepatient | <input type="radio"/> Krebs | <input type="radio"/> Schlaganfall | |

21. Ein-/Durchschlafen keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

22. An- u. Auskleiden

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

23. Aufrichten u. Zubettgehen

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

24. Treppensteigen

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

25. Gehen

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

26. Transfer

- selbständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig

27. Nachteinsätze nein, maximal 1 mal pro Woche ja, maximal 1 mal pro Nacht ja, mehrmals pro Nacht Wie oft? _____ mal

28. Vorhandene Hilfsmittel

- | | | | | |
|--------------------------------|---|---|----------------------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> Hörgerät | <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Toilettenstuhl | <input type="radio"/> Pflegebett | Sonstige Angaben: |
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Lift | <input type="radio"/> Treppenlift | <input type="radio"/> Rollator | _____ |
| <input type="radio"/> Gehhilfe | <input type="radio"/> Dekubitusmatratze | <input type="radio"/> barrierefreie Einrichtung | <input type="radio"/> Badelift | _____ |

29. Essen und Trinken

- Essen selbständig mit Unterstützung nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig
- Trinken selbständig mit Unterstützung nicht möglich, vollständig hilfsbedürftig
- Rauchen ja nein

30. Aktuelle Therapien keine Krankengymnastik Logopädie Pflegedienst Falls ja, wie oft? _____ oder andere Falls ja, welche? _____

6. Anforderungen an das Personal

31. Geschlecht weiblich männlich irrelevant
32. Alter von ____ bis ____
33. Sprachkenntnisse* A+ A B+ B C
34. Führerschein ja nein
 Manuell Automatik
- * A+ - sehr gut, A - gut, B+ - kommunikativ, B - Grundkenntnisse, C - kaum/keine
35. Darf die Pflegekraft rauchen? ja nein

7. Rahmenbedingungen (Wohnsituation und Unterbringung der Pflegekraft)

36. Wohnverhältnisse Haus Wohnung
37. Wohngegend städtisch ländlich

38. Raucherhaushalt ja nein unbekannt

39. Haustiere ja nein falls ja, welche? _____

40. Zimmerausstattung für die Pflegekraft eigenes Zimmer eigenes Bad TV Computer
 eigene Wohnung Schrank Radio Internet

8. Gewünschte Tätigkeiten

	morgens	mittags	abends	nachts
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wechseln von Inkontinenzmaterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilisierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehen, Gehen, Betten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Haushaltstätigkeiten der Pflegekraft

41. Sollen die Einkäufe erledigt werden?

- ja nein

Gibt es für Einkäufe eine Haushaltskasse?

- ja nein

Wie kann der Einkauf erledigt werden ?

- zu Fuß mit dem Fahrrad mit dem Auto ÖPNV

Wenn ja, wie viel pro Person?

€ _____

i Der Pflegekraft stehen kostenlose Kost und Logis zu.

42. Weitere Haushaltstätigkeiten:

- Begleitung zu Arztbesuchen Essensvorbereitung und Kochen Bügeln Wäsche waschen

Sonstiges:

10. Allgemeines

43. Tagesablauf

i Die durchschnittliche Arbeitszeit einer Pflegekraft beträgt 40 Stunden wöchentlich.

morgens 6 - 10 Uhr	
vormittags 10 - 12 Uhr	
mittags 12 - 14 Uhr	
nachmittags 14 - 17 Uhr	
abends 17 - 22 Uhr	
nachts 22 - 6 Uhr	

44. Baden/Duschen	Wann erfolgt das tägliche Waschen? <input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> abends	Wie oft wird gebadet/geduscht? <input type="radio"/> 1 Mal pro Woche <input type="radio"/> 2 Mal pro Woche
45. Lieblingsbeschäftigung des Patienten?		
46. Sonstige Bemerkungen		
47. Zu welcher Zeit sollen wir Sie kontaktieren?	Datum _____ <input type="radio"/> So schnell wie möglich	Zeit _____
Welches Budget haben Sie für die Betreuung vorgesehen? _____ € Worauf legen Sie höheren Wert? Bitte teilen Sie uns Ihre Präferenz mit und kreuzen einen der folgenden Punkte an.		
<input type="radio"/> Berufliche/pflegerische Erfahrung <input type="radio"/> Deutschkenntnisse		

11. Erfolgt eine Unterstützung seitens der Familie?

<input type="radio"/> ja, jederzeit per Anruf erreichbar und ggf. kurzfristig vor Ort	
<input type="radio"/> ja, regelmäßig an folgenden Wochentagen erreichbar/vor Ort: <input type="radio"/> Mo. <input type="radio"/> Di. <input type="radio"/> Mi. <input type="radio"/> Do. <input type="radio"/> Fr. <input type="radio"/> Sa. <input type="radio"/> So.	Falls möglich, hier bitte Uhrzeit eintragen <div style="background-color: #f0f0f0; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="radio"/> sporadisch, wie es die Zeit zulässt	
<input type="radio"/> nein	
Vor- und Zuname des Familienangehörigen <div style="background-color: #f0f0f0; height: 20px; width: 100%;"></div>	Telefonnummer des Familienangehörigen <div style="background-color: #f0f0f0; height: 20px; width: 100%;"></div>

12. Abschluss: Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

<input type="radio"/> Radio	<input type="radio"/> Internet
<input type="radio"/> Fernsehen	<input type="radio"/> Empfehlung
<input type="radio"/> Zeitung	<input type="radio"/> Sonstiges _____

Durch Ihre Unterschrift gehen Sie keine vertragliche Bindung ein, sondern bestätigen lediglich die Richtigkeit der Angaben.

_____	_____	_____
Unterschrift	Datum	Ort