

KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG



1.

Angaben zur Kontaktperson

Anrede Frau Mann **Titel** _____
Vorname _____ **Nachname** _____
Straße _____ **Hausnr.** _____
PLZ _____ **Ort** _____
Handynummer _____ **Telefonnr.** _____
E-Mail-Adresse _____ **Beziehung** _____
(zur betreuten Person z.B. Sohn)

2.

Angaben zur betreuenden Person

Anrede Frau Mann **Titel** _____
Vorname _____ **Nachname** _____
Straße _____ **Hausnr.** _____
PLZ _____ **Ort** _____
Handynummer _____ **Telefonnr.** _____
E-Mail-Adresse _____ **Geburtsdatum** _____
Größe in cm _____ **Gewicht in kg** _____

Wohnt die Person alleine? ja nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt? _____

Aktueller Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ja nein

Wie oft kommt der Pflegedienst?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst? (Grundpflege, Behandlungspflege, Zubereitung von Mahlzeiten)



3.

Diagnosen

Beeinträchtigungen

- keine
- All. Altersschwäche
- Asthma
- Blutverdünner
- Dekubitus
- Demenz/Alzheimer
- Depression
- Diabetes Typ I
- Diabetes Typ II
- Epilepsie
- Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Herzschrittmacher
- Hypertonie
- Infektionserkrankungen
- Makuladegeneration
- Multiple Sklerose
- Niereninsuffizienz
- Oberschenkelhalsfraktur
- Ödeme
- Osteoporose
- Parkinson
- PEG/Magensonde
- Rheuma
- Schlaganfall
- (schwere) psychische Erkrankungen
- Spinalkanalstenose
- Suchterkrankungen



3.

Diagnosen

Ansteckende Krankheiten

- ESBL
- Hepatitis
- Herpes Zoster
- HIV
- MRSA

Sonstige _____

Krebserkrankungen

- Gehirn
- Konchen
- Magen/Darm-Trakt

Sonstige _____

Allergien

- Lebensmittel
- Medikamente

Sonstige _____

Ärztlich angeordnete Therapien

- Blutzucker messen
- Diät
- Inhalationen
- Injektionen
- Insulinpflichtig bei Diabetes Mellitus
- Kompressionsstrümpfe
- Kompressionsverbände
- Langzeit-Sauerstofftherapien
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche

Medikamente _____

Sonstige _____



4.

Kommunikation

Sprache

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hinweis

Selbstständig – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig
Bedingt selbstständig – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
Teilweise unselbstständig – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
Unselbstständig – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Hörvermögen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hörgerät vorhanden? ja nein

Sehkraft

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Brille vorhanden? ja nein

Bewegung

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- Dekubitusmatratze
- Gehstock
- Mobiles oder festes Sauerstoffgerät
- Patientenlifter



(Bewegung – Hilfsmittel vorhanden)

- Pflegebett
- Prothesen
- Rollator
- Rollstuhl
- Treppenlift
- Unterarmgehstütze
- Wechseldruckmatratze
- Weichlagerungsmatratze
- Sonstige _____

Orientierung

zeitlich – z. B. Tag-Nacht-Rhythmus

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hinweis

Selbstständig – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig
Bedingt selbstständig – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
Teilweise unselbstständig – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
Unselbstständig – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

örtlich – z. B. Zurechtfindung im Umfeld

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

persönlich – z. B. Erkennen von nahestehenden Personen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig



5.

Körperhygiene

Gesicht

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hinweis

Selbstständig – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig
Bedingt selbstständig – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
Teilweise unselbstständig – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
Unselbstständig – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Oberkörper

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Unterkörper

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Intimpflege

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Baden/Duschen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

KONTAKTFORMULAR ZUR BEDARFSERFASSUNG



(Baden/duschen – Hilfsmittel vorhanden)

- Badelifter
- Behindertengerechtes Bad
- Duschsitz
- Elektrischer Toilettensitz
- Haltegriff WC/Waschbecken

Sonstige _____

Ausscheidungen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hilfsmittel vorhanden

- Bettpfanne
- Katheter
- Künstlicher Darmausgang
- Toilettensitzerhöhung
- Urinflasche
- Vorlage
- WC-Stuhl
- Windeln

Sonstige _____

Hinweis

Selbstständig – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig
Bedingt selbstständig – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
Teilweise unselbstständig – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
Unselbstständig – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Toilettengang

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

An-/Ausziehen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig



6.

Fragen zum Alltag

Essen/Trinken

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbstständig

Hinweis

Selbstständig – Keine Hilfspersonen, kein Hilfsmittel nötig
Bedingt selbstständig – Mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
Teilweise unselbstständig – Mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
Unselbstständig – Mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson

Auf ausreichende Nahrungsaufnahme/Trinkmenge achten? ja nein

Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme vorhanden?

- Sondennahrung
- Schnabelbecher
- ergonomisches Besteck und Teller

Diät

- diabetikerangepasste Kost
- Schonkost
- kohlenhydratreduzierte Kost
- vegetarisch
- vegan

Sonstige _____

Aktuelle Therapien

- Ergotherapie
- Krankengymnastik
- Lymphdrainage

Sonstige _____

Steht der/die Betreute nachts auf?

- nein
- 1-mal
- 2- bis 3-mal
- mehr als 3-mal



6.

Fragen zum Alltag

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist nachts Hilfe nötig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Regelmäßiger Besuch von Freunden/Familie/Nachbarn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Teilnahme an Seniorenkreisen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kirchenbesuche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

7.

Hauswirtschaftliche Leistungen

Tiere (Anzahl)

- Hund
- Katze
- Kleintiere in Käfighaltung
- Nutztierhaltung

Sonstige _____

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Versorgung der Haustiere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Begleiten bei Arztbesuchen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bügeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gartenarbeit (z. B. Blumen gießen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kochen/Essensvorbereitung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pflege Außenbereich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reinigung der Wohnung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Winterdienst | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einkäufe erledigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es eine Haushaltshilfe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? _____



8.

Wichtige Informationen

Welche Informationen zu der betreuten Person sind Ihnen noch wichtig
(z. B.: beliebte Beschäftigungen, Besonderheiten im Umgang, usw.)?

9.

Anforderungen an die Betreuungskraft

Gewünschtes Geschlecht

- weiblich
- männlich
- nicht relevant

Deutschkenntnisse der Pflegekraft

- basic
- gut
- sehr gut

Soll die Pflegekraft einen Führerschein besitzen?

ja nein

Ist ein PKW vorhanden?

ja nein

Darf die Pflegekraft rauchen?

ja nein

Art der Unterkunft der betreuten Person?

- Wohnung
- Haus
- Reihenhaus

Art der Unterkunft der Pflegekraft

- eigenes Zimmer
- eigene Wohnung
- eigene Etage
- Gästehaus



9.

Anforderungen an die Betreuungskraft

Ausstattung der Unterkunft für die Betreuungskraft

- Außenfenster
- Bett
- eigenes Badezimmer
- Radio
- Schrank
- Tisch
- TV
- WLAN

Wie viele Leute wohnen im selben Haushalt? _____

Wer soll im Notfall kontaktiert werden? _____

Handynummer der Kontaktperson _____

Wunschkdauer des Einsatzes

- 4 Wochen
- 6 Wochen
- 8 Wochen
- länger

Geplanter Beginn _____

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?
