

## 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

**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 / Beeinträchtigungen

### 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 / Bewegung

### Sprache

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

#### 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
- unselbständig

Hörgerät vorhanden?  ja  nein

### Sehkraft

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

Brille vorhanden?  ja  nein

### Bewegung

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

Hilfsmittel vorhanden

- Dekubitusmatratze
- Gehstock
- Mobiles oder festes Sauerstoffgerät
- Patientenlifter

(Bewegung – Hilfsmittel vorhanden)

- Pflegebett
- Prothesen
- Rollator
- Rollstuhl
- Treppenlifter
- Unterarmgehstütze
- Wechseldruckmatratze
- Weichlagerungsmatratze
- Sonstige \_\_\_\_\_

### Orientierung

#### zeitlich – z. B. Tag-Nacht-Rhythmus

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

#### 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
- unselbständig

#### persönlich – z. B. Erkennen von nahestehenden Personen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

5.

Körperhygiene

**Gesicht**

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

**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
- unselbständig

**Unterkörper**

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

**Intimpflege**

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

**Baden/Duschen**

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

(Baden/duschen – Hilfsmittel vorhanden)

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

Sonstige \_\_\_\_\_

### Ausscheidungen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

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
- unselbständig

### An-/Ausziehen

- selbstständig
- bedingt selbstständig
- teilweise unselbstständig
- unselbständig

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

10.

Zusätzliche Informationen

**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?

---

---

---

---