

# Fragebogen zur Dienstleistung/Betreuung zu Hause

Ihre Angaben und Informationen werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

## 1. Allgemeine Angaben

### Ansprechpartner

Frau       Herr

Nachname..... Vorname.....

### Adresse

Strasse..... PLZ, Ort.....

Telefon..... Mobil.....

E-Mail..... Geburtsdatum.....

**Wer ist Vertragspartner?**       Ansprechpartner       Leistungsempfänger

**Wer ist Rechnungsempfänger?**       Ansprechpartner       Leistungsempfänger

### Leistungsempfänger

Einzelperson       Ehepaar

**Person 1**       Frau       Herr

Nachname..... Vorname.....

Körpergröße..... cm      Gewicht..... kg      Geburtsdatum.....

**Person 2**       Frau       Herr

Nachname..... Vorname.....

Körpergröße..... cm      Gewicht..... kg      Geburtsdatum.....

### Adresse:

Strasse..... PLZ, Ort.....

Telefon..... Mobil.....

E-Mail.....

**Verhältnis zum Ansprechpartner:**.....

**Beginn des Einsatzes:** ca. zum.....

# Fragebogen zur Dienstleistung/Betreuung zu Hause

## 2. Angaben zum Gesundheitszustand

### Pflegegrad

<u>Person 1</u>	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> keine	beantragt:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Person 2</u>	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> keine	beantragt:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### Pflegedienst

Erfolgt zur Zeit Versorgung durch einen Pflegedienst?	
<u>Person 1</u>	<u>Person 2</u>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....mal täglich / .....mal wöchentlich	.....mal täglich / .....mal wöchentlich
für	für
<input type="checkbox"/> Grundpflege	<input type="checkbox"/> Grundpflege
<input type="checkbox"/> medizinische Pflege	<input type="checkbox"/> medizinische Pflege
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe	<input type="checkbox"/> Medikamentengabe
Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?	
<u>Person 1</u>	<u>Person 2</u>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Hausarzt

<u>Person 1</u>	<u>Person 2</u>
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Nachname.....	Nachname.....
Vorname.....	Vorname.....
Strasse.....	Strasse.....
PLZ, Ort.....	PLZ, Ort.....
Telefon.....	Telefon.....
Mobil.....	Mobil.....
E-Mail.....	E-Mail.....
weitere Ärzte:	weitere Ärzte:
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## Fragebogen zur Dienstleistung/Betreuung zu Hause

### Diagnose

<u>Person 1</u>	<u>Person 2</u>
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Insulinpflicht	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Insulinpflicht
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> geringe Sehfähigkeit <input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> geringe Sehfähigkeit <input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Dekubitus
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten.....	<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten.....

### Geistiger Zustand

<u>Person 1</u>	<u>Person 2</u>
<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> dem Alter normal	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> dem Alter normal
<input type="checkbox"/> apathisch <input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> apathisch <input type="checkbox"/> depressiv
<input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> aggressiv	<input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> aggressiv
<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Desorientierung:	<input type="checkbox"/> Desorientierung:
<input type="checkbox"/> zum Ort <input type="checkbox"/> zur Zeit <input type="checkbox"/> zur Person	<input type="checkbox"/> zum Ort <input type="checkbox"/> zur Zeit <input type="checkbox"/> zur Person

### Mobilität/Bewegung

<u>Person 1</u>	<u>Person 2</u>
<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
<input type="checkbox"/> mit Stock <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe	<input type="checkbox"/> mit Stock <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe
<input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl
<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Muss die Person angehoben werden?	Muss die Person angehoben werden?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Transfer Bett/Rollstuhl

<u>Person 1</u>	<u>Person 2</u>
<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
<input type="checkbox"/> Hebesitz <input type="checkbox"/> Hebegurt	<input type="checkbox"/> Hebesitz <input type="checkbox"/> Hebegurt
<input type="checkbox"/> Lift <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Lift <input type="checkbox"/> Andere
Hilfsmittel:	Hilfsmittel:
<input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze

## Fragebogen zur Dienstleistung/Betreuung zu Hause

### Körperpflege

	selbstständig	mit Hilfe	volle Unterstützung		selbstständig	mit Hilfe	volle Unterstützung
<u>Person 1</u>				<u>Person 2</u>			
Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäss/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesäss/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haare kämmen/waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand- und Fusspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand- und Fusspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Toilettengang

<p><u>Person 1</u></p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Teilinkontinenz      <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz</p> <p>Hilfsmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> Windeln      <input type="checkbox"/> Vorlagen      <input type="checkbox"/> Urinflasche</p> <p><input type="checkbox"/> Toilettenstuhl      <input type="checkbox"/> Katheter      <input type="checkbox"/> Stoma</p>	<p><u>Person 2</u></p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Teilinkontinenz      <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz</p> <p>Hilfsmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> Windeln      <input type="checkbox"/> Vorlagen      <input type="checkbox"/> Urinflasche</p> <p><input type="checkbox"/> Toilettenstuhl      <input type="checkbox"/> Katheter      <input type="checkbox"/> Stoma</p>
---	---

### Baden/Duschen

<p><u>Person 1</u></p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe</p> <p>Hilfsmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> Wanneneinsteighilfe      <input type="checkbox"/> Pflegebad</p> <p><input type="checkbox"/> Badewannensitz      <input type="checkbox"/> Andere</p>	<p><u>Person 2</u></p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe</p> <p>Hilfsmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> Wanneneinsteighilfe      <input type="checkbox"/> Pflegebad</p> <p><input type="checkbox"/> Badewannensitz      <input type="checkbox"/> Andere</p>
--	--

### Essen und Trinken

<p><u>Person 1</u></p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Schluckprobleme      <input type="checkbox"/> PEG Sonde</p> <p><input type="checkbox"/> Diät</p>	<p><u>Person 2</u></p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig      <input type="checkbox"/> mit Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Schluckprobleme      <input type="checkbox"/> PEG Sonde</p> <p><input type="checkbox"/> Diät</p>
---	---

### Schlafen

<p><u>Person 1</u></p> <p><input type="checkbox"/> keine Probleme</p> <p><input type="checkbox"/> sporadische Störungen</p> <p><input type="checkbox"/> bekommt Schlafmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaf-Wach-Rhythmus gestört</p> <p>Wie oft steht die Person nachts auf?</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht      <input type="checkbox"/> 1-2mal      <input type="checkbox"/> mehr als 2mal</p>	<p><u>Person 2</u></p> <p><input type="checkbox"/> keine Probleme</p> <p><input type="checkbox"/> sporadische Störungen</p> <p><input type="checkbox"/> bekommt Schlafmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaf-Wach-Rhythmus gestört</p> <p>Wie oft steht die Person nachts auf?</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht      <input type="checkbox"/> 1-2mal      <input type="checkbox"/> mehr als 2mal</p>
--	--

### Allgemeine Seniorenbetreuung

<p><u>Person 1</u></p> <p><input type="checkbox"/> aktivierende Betreuung (Spiele etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> spazieren gehen</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ohne      <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl/Rollator</p> <p><input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung/gemeinsame Ausflüge</p> <p><input type="checkbox"/> zum Arzt begleiten</p>	<p><u>Person 2</u></p> <p><input type="checkbox"/> aktivierende Betreuung (Spiele etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> spazieren gehen</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ohne      <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl/Rollator</p> <p><input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung/gemeinsame Ausflüge</p> <p><input type="checkbox"/> zum Arzt begleiten</p>
---	---

# Fragebogen zur Dienstleistung/Betreuung zu Hause

## 3. Allgemeine Rahmenbedingungen

**Lage:**  Großstadt  Kleinstadt  Dorf  ländlich  
**Wohnsituation:**  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung  
Haushaltsfläche ca. ....m<sup>2</sup>  
Gartenfläche ca. ....m<sup>2</sup>  
Haustiere  keine  wenn ja, welche .....  
Sollen die Tiere mitversorgt werden?  ja  nein

**Personenanzahl im Haushalt:** .....

**Wer wohnt mit im Haushalt:**  Angehörige  Verwandte  Lebenspartner

**Soll auch für die im Haushalt lebende Person/en hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden?**

nein  wenn ja, welche

**Hauswirtschaftliche Tätigkeiten für die zu betreuende/n Person/en**

Kochen  Reinigung  Wäsche waschen  Bügeln  Einkaufen

Gibt es eine Haushaltshilfe?  ja  nein

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? \_\_\_\_täglich / \_\_\_\_wöchentlich

**Ausstattung des Zimmers für die Betreuerin**

eigenes Zimmer  Schrank  TV  Radio  Internetanschluss  
 Telefon  eigenes Bad

## 4. Personalanforderungen

**Führerschein:**  ja  egal

**Raucherin:**  nein  egal

**Tierlieb:**  ja  egal

**Weitere Wünsche, Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungskraft:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Hiermit versichere ich, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Dieser Fragebogen wird im Falle eines Auftrages der Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.**

**Ort, Datum** .....

**Unterschrift** .....