

Kontaktformular für Kunden / Bereich **Betreuung** & wissenswerte Hinweise

Persönliche Angaben			
zu betreuende Person		Angehörige bzw. Kontaktperson	
☐ Herr ☐ Frau		☐ Herr ☐ Frau	
Vorname		Vorname	
Nachname		Nachname	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Straße		Straße	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Telefon-Nr.		Telefon-Nr.	
Gewicht		Mobil	
Körpergröße		E-Mail	
Wohnt die zu betreuende Person allein?	☐ ja ☐ nein mit wem _____	Verwandtschafts-verhältnis	
Wird in Ihrem Haushalt geraucht?	☐ nein ☐ ja	Sind im Haushalt der zu betreuenden Person Haustiere vorhanden?	☐ nein ☐ ja
Zustand der zu betreuenden Person			
Diagnose			
☐ Demenz: frühes Stadium ☐ Demenz: mittleres Stadium ☐ Demenz: spätes Stadium ☐ Alzheimer ☐ Parkinson ☐ Depression	☐ Gehschwäche *) ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Herzrhythmusstör. ☐ Herzinsuffizienz ☐ Hypertonie	☐ Asthma ☐ Dekubitus ☐ Osteoporose ☐ Rheuma ☐ Stoma ☐ Inkontinenz	☐ Diabetes ☐ Allergien ☐ multiple Sklerose ☐ Tumor ☐ Sonstiges _____
Kommunikation / Hilfsmittel			
Sprachprobleme?	☐ keine	☐ leichte	☐ massive
Hörvermögen eingeschränkt?	☐ nein	☐ ja - leicht	☐ ja – sehr stark
Sehkraft eingeschränkt?	☐ nein	☐ ja - leicht	☐ ja – sehr stark
Hörgerät vorhanden?	☐ ja	☐ nein	☐ wird bestellt
Brille vorhanden?	☐ ja	☐ nein	☐ wird bestellt
Gebiss vorhanden?	☐ ja	☐ nein	

Kontaktformular für Kunden / Bereich **Betreuung** & wissenswerte Hinweise

Orientierung & Mobilität			
Zeitliche (Tageszeit) Probleme?	☐ nein	☐ zeitweise	☐ massive
Örtliche Probleme?	☐ nein	☐ zeitweise	☐ massive
Persönlichkeitsstörung?	☐ nein	☐ zeitweise	☐ massive
Bewegungs-Probleme?	☐ nein	☐ ja	welche _____
Bettlägerigkeit	☐ nein	☐ zeitweise	☐ permanent
Hilfsmittel bei der Bewegung	☐ keine	☐ Rollator	☐ Rollstuhl
Ist ein Transfer notwendig? (z. B. vom Bett in den Rollstuhl oder Toilettenstuhl, etc.)	nein ja leichter / unterstützender Transfer (kein Heben) mittelschwerer Transfer (leichtes Heben) sehr schwerer Transfer (schweres Heben)		
Körperpflege			
Baden / Duschen / Mundpflege hilfebedürftig?	☐ nein	☐ teilweise	☐ komplett
Urinkontrolle / Stuhlgang	☐ kontinent	☐ teils inkontinent	☐ inkontinent
Hilfsmittel	☐ nein	☐ Windeln	☐ Katheter
Nahrungsaufnahme			
Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten?	☐ nein	☐ teilweise	☐ komplett
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme?	☐ nein	☐ teilweise	☐ komplett
Diät?	☐ nein	☐ ja	Wenn ja, welche _____
Bettruhe			
Schlafstörungen	☐ nein	☐ zeitweise	☐ massive
Wie oft?	☐ 1 – 2 mal / Nacht	☐ 3 – 4 mal / Nacht	☐ > als 4 mal
Therapien			
Aktuelle Therapien	☐ nein	☐ Krankengymnastik ☐ Logopädie	☐ Massagen ☐ Sonstige

Kontaktformular für Kunden / Bereich **Betreuung** & wissenswerte Hinweise

Bereits vorhandene medizinische Unterstützung					
Pflegegrad					
☐ kein Pflegegrad	☐ Pflegegrad 1	☐ Pflegegrad 2	☐ Pflegegrad 3	☐ Pflegegrad 4	☐ Pflegegrad 5
Das neue Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist ab dem 01.01.2017 vollständig in Kraft getreten. Die bislang gültigen Pflegestufen werden anhand des neuen Begutachtungsassessments (NBA) in die neuen Pflegegrade eingeteilt. Durch die Einteilung in Pflegegrade kann verstärkt Rücksicht auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genommen werden. Die Einteilung erfolgt durch neue Entscheidungskategorien.					
Pflegedienst	Ist ein Pflegedienst vorhanden?		Wenn ja, bleibt dieser auch auf Dauer, wenn die Betreuungskraft kommt?		
	ja	nein	wird organisiert	ja	nein
Wie oft kommt der Pflegedienst?					
Wie sind das Wesen und der Charakter der zu betreuenden Person und was ist noch wissenswert (bitte leserlich schreiben)?					

Kontaktformular für Kunden / Bereich **Betreuung** & wissenswerte Hinweise

Anforderungen an die Betreuerin und Rahmenbedingungen				
Möchten Sie eine Betreuerin oder einen Betreuer?	☐ Betreuerin (Frau)	☐ Betreuer (Mann)	☐ Egal ... es kann sowohl eine Frau als auch ein Mann sein ...	
Sprachkenntnisse	☐ geringe	☐ Grundkennt.	☐ gute	☐ sehr gute
Verfügt die zu betreuende Person über Fremdsprachkenntnisse	nein	ja	welche?: _____ _____ _____	
Führerschein	☐ nein	☐ ja	Schaltgetriebe	Automatik
Reinigung der Wohnräume gewünscht?	☐ nein, da eigene Zugehfrau	☐ ja, nach Absprache	☐ ja, täglich	
Einkäufe / Kochen / Zubereitung der Mahlzeiten	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein	
Begleitung zu Arztterminen und anderen Auswärtsterminen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein	
Ausstattung der Räume für die Betreuerin – kurze Beschreibung				
Ist Internet vorhanden?	☐ ja	☐ nein	☐ ist bereits bestellt	
Ist ein separates Badezimmer vorhanden?	☐ ja	☐ nein – wird mit der zu betreuenden Person geteilt		
Ab wann benötigen Sie die Betreuung:				

Ort, Datum, Unterschrift