

Kundenfragebogen zur Ermittlung des Pflegebedarfs

pflegebedürftige Person im Haushalt

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

weitere Person im Haushalt pflegebedürftig nicht pflegebedürftig

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Mobil: _____

Email: _____

Kontaktperson Ansprechpartner

Name, Vorname: _____
(bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben)

Anschrift: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Die Betreuungsübernahme soll nach Möglichkeit erfolgen:

schnellstmöglich (in 7-10 Werktagen)

in 2-4 Wochen

Sonderwunsch: _____

Beratungsgespräch

- Ich möchte eine telefonische Beratung, bzw. Videochat
- Ich möchte einen Termin in Ihrem Büro
- Ich möchte einen Termin für einen Hausbesuch
- Ich benötige zusätzlich eine Pflegeberatung

Mein Wunschtermin ist: _____ um _____ Uhr

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- durch persönliche Empfehlung von _____
- durch das Internet (welche Seite?) _____
- durch eine Anzeige (in welchem Medium?) _____
- durch Ihren Flyer/Prospekt (wo erhalten?) _____

Basis-Tagessatz

Gemäß dem Informationsmaterial des SeniorenService Goldener Herbst trifft auf die zu betreuende Person/Personen die folgendes Basis-Tagessatz-Kategorie zu:

- Kategorie A – Basissatz 55,00 EUR (eine pflegebedürftige Person im Haushalt)
- Kategorie B – Basissatz 65,00 EUR (zwei pflegebedürftige Personen im Haushalt)
- Kategorie C – Sonderfall*

** Tipp: Individualangebot zum Einsatz von zwei Betreuungskräften gleichzeitig aufgrund großer psychischer/physischer Belastungen.*

Im Haushalt des/der Pflegebedürftigen lebt/leben folgende, weitere Person/Personen *

- Eine weitere Person (Verwandtschaftsverhältnis) _____
- Mehrere Personen (Verwandtschaftsverhältnisse) _____

* sofern zusätzliche Personen hauswirtschaftlich mitversorgt werden müssen, erhöht sich der Basis-Tagessatz der Betreuungskraft um **5,00 EUR je Person**.

Betreuungssituation der ersten pflegebedürftigen Person

| | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|----------|
| Es besteht bereits eine Einstufung in | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 | Pflegegeld | 0,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 | | 347,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 | | 599,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 | | 800,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 | | 990,00 € |
| | | <input type="checkbox"/> Einstufung bzw. Höherstufung wurde beantragt | |

Tipp: Das Pflegegeld wird Ihnen immer dann in voller Höhe ausbezahlt, wenn Sie für die Grundpflege keinen ambulanten Pflegedienst beauftragen. Die Grundpflege der zu betreuenden Person kann von der Betreuungskraft übernommen werden und wird im mit ihr zu schließenden Dienstleistungsvertrag schriftlich festgehalten.

Behandlungspflege Tätigkeiten aus diesem Bereich dürfen nur vom Pflegedienst übernommen werden

- Regelmäßige Medikamentengabe
- Injektionen/Infusionen
- Blutzucker/Insulingabe
- Kompressionsverbände
- Kompressionsstrümpfe
- Inhalationen
- Wundversorgung
- Einläufe (bei Verstopfung) /Darmentleerung
- Versorgung Urinkatheter/Stoma
- Quick/Blutverdünner
- medizinische Fußpflege

Grundpflege Tätigkeiten aus diesem Bereich gehören zu den Aufgaben der Alltagshilfen

Für die Grundpflege wird dennoch zusätzlich ein Pflegedienst eingesetzt:

- _____ mal pro Tag _____ mal pro Woche

Hauswirtschaftliche Versorgung Tätigkeiten aus diesem Bereich gehören zu den Aufgaben der Alltagshilfen

Für die hauswirtschaftliche Versorgung wird dennoch zusätzlich eingesetzt:

- Putzhilfe/Reinigungskraft _____ mal pro Woche _____ mal pro Monat

Die zu betreuende Person leidet unter den nachfolgenden Erkrankungen:

- Allgemeine Altersschwäche
- COPD/Asthma
- Herzerkrankungen (welche?) _____
- Gefäßerkrankungen (welche?) _____
- Depressionen *
- Suchterkrankungen * (welche?) _____
- Makuladegeneration * (Grad der Erblindung) links: _____ % rechts: _____ %
- Schwerhörigkeit links rechts
- Wunden/Dekubitus (betroffene Stelle/n) _____
- Multiple Sklerose (MS) * Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) *
- Arthrose Rheuma
- Osteoporose
- Diabetes ➡ Insulin ➡ medikamentöse Behandlung
- Niereninsuffizienz ➡ Dialyse ➡ medikamentöse Behandlung

Demenz * / Alzheimer * - Krankheitssymptome:

- Kurzzeitgedächtnis
- Desorientierung
- Hinlauftendenzen
- andere Symptome _____
- motorische Unruhe
- Aggressionen

Parkinson *

- fortgeschritten
- beginnend
- Zusatzinformationen _____
- mit strengem Medikationsplan

Polyneuropathie *

- fortgeschritten
- beginnend
- kurze Symptombeschreibung _____

Ansteckende Erkrankungen *

- MRSA
- HIV
- Sonstige _____
- Herpes Zoster
- Hepatitis B/C
- Hautpilz
- ESBL

Meldepflichtige Erkrankungen in der kürzeren Vergangenheit (z.B. Krätze)

- ja (welche?) _____
- nein

Zustand nach Amputation

Zeitpunkt der Amputation (Jahr) _____

Zusatzinformation _____

Krebserkrankungen

Zeitpunkt des letzten Ausbruchs (Jahr) _____

Art der Krebserkrankung _____

akuter Zustand mit: Chemotherapie Strahlentherapie unbehandelt

Zustand nach Schlaganfall

Zeitpunkt des letzten Schlaganfalls (Jahr) _____

Lähmung re. (mit Restbewegung) Lähmung li. (mit Restbewegung) *

Lähmung re. (ohne Restbewegung) * Lähmung li. (ohne Restbewegung) *

Sprachstörungen Schluckbeschwerden Atembeschwerden

Zusatzinformationen _____

Akuter Zustand nach Sturz

- Mit Folge von Fraktur/en
- Mit Folge von Prellung/en
- betroffene/s Körperteil/e _____

Bettlägerigkeit vorübergehend* - Mobilisation notwendig

- Kontrakturenprophylaxe
- Dekubitusprophylaxe (regelmäßige Lagerung)
- Pneumonieprophylaxe

- die zu betreuende Person leistet Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen
- die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen

Bettlägerigkeit dauerhaft* - Mobilisation nicht notwendig

- Kontrakturenprophylaxe
- Dekubitusprophylaxe (regelmäßige Lagerung)
- Pneumonieprophylaxe

- die zu betreuende Person leistet Hilfe bei der Lagerung
- die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe bei der Lagerung*

Die zu betreuende Person wiegt ca. _____ kg und ist ca. _____ cm groß.

palliative Pflege und Betreuung*

- ja nein

Bewegung

- Stehen: sicher unsicher gar nicht
Gehen: sicher unsicher gar nicht

- die zu betreuende Person leistet Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen
- die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen*

Körperpflege

| | selbstständig | bedingt selbstständig | unselbstständig |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gesicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oberkörper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterkörper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intimbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz und Toilettengang

| | selbstständig | bedingt selbstständig | unselbstständig |
|--|--|------------------------------|---|
| Toilettengang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei der zu betreuenden Person besteht eine | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |

Nahrungs- u. Flüssigkeitsaufnahme

| | selbstständig | bedingt selbstständig | unselbstständig |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme muss geachtet werden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, trinken | <input type="checkbox"/> ja, essen |

Besonderheiten bei Diät

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabetikergerechte Kost | <input type="checkbox"/> Schonkost | <input type="checkbox"/> pürierte Kost |
| <input type="checkbox"/> kohlenhydratreduzierte Kost | <input type="checkbox"/> vegetarische Kost | |

Ein- und Durchschlafen

| | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Die zu betreuende Person wacht nachts auf | <input type="checkbox"/> ca. 1 mal | <input type="checkbox"/> ca. 2 mal * | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | | | <input type="checkbox"/> 3 mal und mehr * | |

Notwendige Hilfen in der Nacht

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Windel/Einlagenwechsel | <input type="checkbox"/> Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Beruhigen | <input type="checkbox"/> Orientierungshilfe (z.B. Bett finden) | <input type="checkbox"/> Nacht Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

* Tipp: Sollte die Nachtruhe nicht gewährleistet sein, so wird eine Erschwerniszulage von 10,00 EUR pro fehlende Nachtruhe von der Betreuungskraft erhoben.

Soziale Bereiche des Lebens

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Regelmäßige Besuche von Freunden/Familie/Nachbarn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Teilnahme an Seniorenkreisen o.Ä. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kirchenbesuche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Friedhofsbesuche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hilfsmittel für die Pflege und Betreuung

| | vorhanden | folgt |
|---|--------------------------|--------------------------|
| allgemeine Hilfsmittel | | |
| Hörgeräte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demenzfußmatte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausnotruf/Sturzsensor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Funkschelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Greifarm/Greifhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfsmittel für Mobilisation | | |
| Rollator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehbock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehstock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sessel mit Aufstehhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scala Mobil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterarm-Gehstütze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppenlift | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orthese (Art) _____ | | |
| Prothese (Art) _____ | | |
| Hilfsmittel für Bettlägerigkeit | | |
| Pflegebett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anti-Dekubitus-Matratze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drehteller/Umsetzhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenlift | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stützkissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderes _____ | | |
| Hilfsmittel für Körperpflege | | |
| behindertengerechtes Bad mit Dusche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschsitz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mobiler Duschstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Badewannenlift/Badewannenbrett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haltegriffe Dusche/WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfsmittel für Ausscheidungen/Toilettengang | | |
| Windel/Einlagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinflasche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bettpfanne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettensitz-Erhöhung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinkatheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hilfsmittel für Nahrungsaufnahme | | |
| PEG-Sonde inkl. Sondernahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnabeltasse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ergonomisches Besteck u. Geschirr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Persönliche und hauswirtschaftliche Leistungen durch die Betreuungskraft

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kochen/Essen zubereiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reinigen der Wohnräume | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wäsche waschen und bügeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einkäufe erledigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Begleitung bei Arztbesuchen etc. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pflege der Außenbereiche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| falls notwendig Winterdienst | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haustierversorgung (Zusatzkosten 50,00 EUR/Monat pauschal) ja nein
zu versorgende Haustiere:

- Katze Hund sonstige _____

Sonstige wichtige Informationen zur ersten pflegebedürftigen Person

(z.B. Wie ist der Umgang mit Dritten – offen oder eher zurückhaltend usw.)



Anforderungsprofil der Alltagshilfe

Die Betreuung sollte übernommen werden durch:

- eine Frau einen Mann nicht relevant
 Raucher/In (nur draußen)
 Nichtraucher/In
 Die Alltagshilfe benötigt eine gültige Fahrerlaubnis (Zusatzkosten 100,00 EUR/Monat pauschal)

Die Alltagshilfe sollte zwischen _____ und _____ Jahren alt sein.

Die Alltagshilfe sollte über die folgenden Sprachkenntnisse verfügen:

- Deutsch Englisch andere: _____

Ausreichende Sprachkenntnisse

Entspricht Sprachniveau A1 u. A2 (GER) – **begrenzter Wortschatz / verstehen und verwenden einfacher Sätze**

Gute Sprachkenntnisse

(Verfügbarkeit vorausgesetzt, Tagessatz zzgl. 5,00 EUR pro Kalendertag)

Entspricht Sprachniveau B1 (GER) – **äußern über vertraute Themen und im eigenen Spezialgebiet**

Sehr gute Sprachkenntnisse

(Verfügbarkeit vorausgesetzt, Tagessatz zzgl. 10,00 EUR pro Kalendertag)

Entspricht Sprachniveau B2 u. C1 (GER) – **fließende, schnelle u. fast fehlerfreie Verständigung mit breitem Spektrum**

Gegebenheiten vor Ort und Wohnumfeld

Die Betreuung erfolgt in

- einem Einfamilienhaus
 einem Mehrfamilienhaus im EG _____ Etage
 einem Wohnblock im EG _____ Etage

Haus/Wohnung liegen

- in der Stadt
 in einem Vorort
 in einem Dorf

- Die Räumlichkeiten der zu betreuenden Person/en sind barrierefrei eingerichtet
 Das Haus verfügt über einen Aufzug
 Es ist ein Balkon/eine Terrasse vorhanden

Einkaufsmöglichkeiten

- Die Einkaufsmöglichkeiten sind nah gelegen und können zu Fuß erreicht werden
 Die Einkaufsmöglichkeiten sind weiter entfernt und müssen von der Alltagshilfe
 Mit Bus/Bahn erledigt werden Mit dem Fahrrad getätigt werden
 Mit einem zur Verfügung gestellten Auto erledigt werden, Marke: _____
 Normalschaltung Automatikschaltung
 Die Einkäufe werden grundsätzlich durch Angehörige erledigt.

Unterbringung der Alltagshilfe

Souterrain

Appartement

Zimmer

Ausstattung

Tageslichtfenster

Tisch

Bett

TV-Gerät

Kleiderschrank

Radio

W-LAN

eigenes Bad

Freizeit der Alltagshilfe

Der Alltagshilfe steht eine wöchentliche Freizeit von **mindestens** 14 Stunden zu, die sich wie folgt gestaltet:

7 Tage á 2 Stunden

2 Tage á 7 Stunden

1 Tag á 14 Stunden

flexibel nach Absprache

Während der Freizeit der Alltagshilfe ist die Versorgung der zu betreuenden Person

gewährleistet

nicht gewährleistet. Die zu betreuende Person kann aber problemlos alleine bleiben.

Zusätzlich stehen der Alltagshilfe für Ihre Freizeit zur Verfügung:

Fahrrad

Auto

Arbeitsmittel

Alle erforderlichen Arbeitsmittel, inkl. Einweghandschuhen, Desinfektionsmittel und Mundschutzmasken, die zur Leistungserbringung erforderlich sind, sind am Einsatzort der Alltagshilfe in ausreichender Anzahl vorhanden.

Die Angaben zur Betreuungssituation der **zweiten pflegebedürftigen Person** finden Sie auf den **Seiten 10 – 14** dieses Fragebogens.

Einverständniserklärung

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die SeniorenService Goldener Herbst GmbH & Co. KG zum Zweck der Suche und Vorstellung eines geeigneten Dienstleisters zur Erbringung von Betreuungsleistungen für die von mir genannte **zu betreuende Person 1** zu und erkläre mich mit der Zusendung von Angeboten per Post, E-Mail und der telefonischen Kontaktaufnahme/Beratung einverstanden.

Ich bin einverstanden, dass meine und die des Betreuungsbedürftigen, personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme für ein kostenloses Beratungsgespräch und die Angebotserstellung verarbeitet werden.

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben korrekt, vollständig und richtig sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können ggf. zu Mehrkosten führen.

Ort, Datum

Unterschrift (entfällt bei elektronischer Verarbeitung)

Betreuungssituation der zweiten pflegebedürftigen Person

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------|----------|
| Es besteht bereits eine Einstufung in | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 | Pflegegeld | 0,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 | | 347,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 | | 599,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 | | 800,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 | | 990,00 € |
| | <input type="checkbox"/> Einstufung bzw. Höherstufung wurde beantragt | | |

Tipp: Das Pflegegeld wird Ihnen immer dann in voller Höhe ausbezahlt, wenn Sie für die Grundpflege keinen ambulanten Pflegedienst beauftragen. Die Grundpflege der zu betreuenden Person kann von der Betreuungskraft übernommen werden und wird im mit ihr zu schließenden Dienstleistungsvertrag schriftlich festgehalten.

Behandlungspflege Tätigkeiten aus diesem Bereich dürfen nur vom Pflegedienst übernommen werden

- Regelmäßige Medikamentengabe
- Injektionen/Infusionen
- Blutzucker/Insulingabe
- Kompressionsverbände
- Kompressionsstrümpfe
- Inhalationen
- Wundversorgung
- Einläufe (bei Verstopfung) /Darmentleerung
- Versorgung Urinkatheter/Stoma
- Quick/Blutverdünner
- medizinische Fußpflege

Grundpflege Tätigkeiten aus diesem Bereich gehören zu den Aufgaben der Alltagshilfen

Für die Grundpflege wird dennoch zusätzlich ein Pflegedienst eingesetzt:

- ____ mal pro Tag ____ mal pro Woche

Hauswirtschaftliche Versorgung Tätigkeiten aus diesem Bereich gehören zu den Aufgaben der Alltagshilfen

Für die hauswirtschaftliche Versorgung wird dennoch zusätzlich eingesetzt:

- Putzhilfe/Reinigungskraft ____ mal pro Woche ____ mal pro Monat

Die zu betreuende Person leidet unter den nachfolgenden Erkrankungen:

- Allgemeine Altersschwäche
- COPD/Asthma
- Herzerkrankungen (welche?) _____
- Gefäßerkrankungen (welche?) _____
- Depressionen *
- Suchterkrankungen * (welche?) _____
- Makuladegeneration * (Grad der Erblindung) links: _____ % rechts: _____ %
- Schwerhörigkeit links rechts
- Wunden/Dekubitus (betroffene Stelle/n) _____
- Multiple Sklerose (MS) * Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) *
- Arthrose Rheuma
- Osteoporose
- Diabetes ➡ Insulin ➡ medikamentöse Behandlung
- Niereninsuffizienz ➡ Dialyse ➡ medikamentöse Behandlung

Demenz * / Alzheimer * - Krankheitssymptome:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis | <input type="checkbox"/> motorische Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung | <input type="checkbox"/> Aggressionen |
| <input type="checkbox"/> Hinlauftendenzen | |
| <input type="checkbox"/> andere Symptome _____ | |

Parkinson *

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fortgeschritten | <input type="checkbox"/> mit strengem Medikationsplan |
| <input type="checkbox"/> beginnend | |
| <input type="checkbox"/> Zusatzinformationen _____ | |

Polyneuropathie *

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> fortgeschritten |
| <input type="checkbox"/> beginnend |
| <input type="checkbox"/> kurze Symptombeschreibung _____ |

Ansteckende Erkrankungen *

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster | <input type="checkbox"/> Hautpilz |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C | <input type="checkbox"/> ESBL |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

Meldepflichtige Erkrankungen in der kürzeren Vergangenheit (z.B. Krätze)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja (welche?) _____ |
| <input type="checkbox"/> nein _____ |

Zustand nach Amputation

Zeitpunkt der Amputation (Jahr) _____

Zusatzinformation _____

Krebserkrankungen

Zeitpunkt des letzten Ausbruchs (Jahr) _____

Art der Krebserkrankung _____

akuter Zustand mit: Chemotherapie Strahlentherapie unbehandelt

Zustand nach Schlaganfall

Zeitpunkt des letzten Schlaganfalls (Jahr) _____

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lähmung re. (mit Restbewegung) | <input type="checkbox"/> Lähmung li. (mit Restbewegung) * | |
| <input type="checkbox"/> Lähmung re. (ohne Restbewegung) * | <input type="checkbox"/> Lähmung li. (ohne Restbewegung) * | |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |

Zusatzinformationen _____

Akuter Zustand nach Sturz

- Mit Folge von Fraktur/en
- Mit Folge von Prellung/en
- betroffene/s Körperteil/e _____

Bettlägerigkeit vorübergehend* - Mobilisation notwendig

- Kontrakturrenprophylaxe
- Dekubitusprophylaxe (regelmäßige Lagerung)
- Pneumonieprophylaxe

- die zu betreuende Person leistet Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen
- die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen

Bettlägerigkeit dauerhaft* - Mobilisation nicht notwendig

- Kontrakturrenprophylaxe
- Dekubitusprophylaxe (regelmäßige Lagerung)
- Pneumonieprophylaxe

- die zu betreuende Person leistet Hilfe bei der Lagerung
- die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe bei der Lagerung*

Die zu betreuende Person wiegt ca. _____ kg und ist ca. _____ cm groß.

palliative Pflege und Betreuung*

- ja
- nein

Bewegung

- Stehen: sicher unsicher gar nicht
Gehen: sicher unsicher gar nicht

- die zu betreuende Person leistet Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen
- die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen*

Körperpflege

| | selbstständig | bedingt selbstständig | unselbstständig |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gesicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oberkörper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterkörper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intimbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz und Toilettengang

| | selbstständig | bedingt selbstständig | unselbstständig |
|--|--|------------------------------|---|
| Toilettengang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei der zu betreuenden Person besteht eine | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |

Nahrungs- u. Flüssigkeitsaufnahme

| | selbstständig | bedingt selbstständig | unselbstständig |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme muss geachtet werden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, trinken | <input type="checkbox"/> ja, essen |

Besonderheiten bei Diät

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabetikergerechte Kost | <input type="checkbox"/> Schonkost | <input type="checkbox"/> pürierte Kost |
| <input type="checkbox"/> kohlenhydratreduzierte Kost | <input type="checkbox"/> vegetarische Kost | |

Ein- und Durchschlafen

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| Die zu betreuende Person wacht nachts auf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ca. 1 mal | <input type="checkbox"/> ca. 2 mal * | <input type="checkbox"/> 3 mal und mehr * |

Notwendige Hilfen in der Nacht

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Windel/Einlagenwechsel | <input type="checkbox"/> Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Beruhigen | <input type="checkbox"/> Orientierungshilfe (z.B. Bett finden) | <input type="checkbox"/> Nacht Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

* *Tipp: Sollte die Nachtruhe nicht gewährleistet sein, so wird eine Erschwerniszulage von 10,00 EUR pro fehlende Nachtruhe von der Betreuungskraft erhoben.*

Soziale Bereiche des Lebens

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Regelmäßige Besuche von Freunden/Familie/Nachbarn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Teilnahme an Seniorenkreisen o.Ä. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kirchenbesuche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Friedhofsbesuche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hilfsmittel für die Pflege und Betreuung

vorhanden

folgt

allgemeine Hilfsmittel

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hörgeräte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demenzfußmatte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausnotruf/Sturzsensor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Funkschelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Greifarm/Greifhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hilfsmittel für Mobilisation

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rollator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehbock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehstock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sessel mit Aufstehhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scala Mobil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterarm-Gehstütze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppenlift | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orthese (Art) _____ | | |
| Prothese (Art) _____ | | |

Hilfsmittel für Bettlägerigkeit

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pflegebett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anti-Dekubitus-Matratze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drehteller/Umsetzhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenlift | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stützkissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anderes _____ | | |

Hilfsmittel für Körperpflege

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| behindertengerechtes Bad mit Dusche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschsitz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mobiler Duschstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Badewannenlift/Badewannenbrett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haltegriffe Dusche/WC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hilfsmittel für Ausscheidungen/Toilettengang

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Windel/Einlagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinflasche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bettpfanne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettensitz-Erhöhung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinkatheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hilfsmittel für Nahrungsaufnahme

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| PEG-Sonde inkl. Sondernahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnabeltasse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ergonomisches Besteck u. Geschirr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige wichtige Informationen zur zweiten pflegebedürftigen Person

(z.B. Wie ist der Umgang mit Dritten – offen oder eher zurückhaltend usw.)



Einverständniserklärung

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die SeniorenService Goldener Herbst GmbH & Co. KG zum Zweck der Suche und Vorstellung eines geeigneten Dienstleisters zur Erbringung von Betreuungsleistungen für die von mir genannte **zu betreuende Person 2** zu und erkläre mich mit der Zusendung von Angeboten per Post, E-Mail und der telefonischen Kontaktaufnahme/Beratung einverstanden.

Ich bin einverstanden, dass meine und die des Betreuungsbedürftigen, personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme für ein kostenloses Beratungsgespräch und die Angebotserstellung verarbeitet werden.

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben korrekt, vollständig und richtig sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können ggf. zu Mehrkosten führen.

Ort, Datum

Unterschrift *(entfällt bei elektronischer Verarbeitung)*