**StayHome**

**ZUHAUSE BETREUT**

Brinkfeldstraße 6 Tel.: 05503 915 3739

37181 Hardegsen Fax: 05503 642

 Email: info@stayhome-pflege.de

Wir bemühen uns sehr, die richtige Betreuungskraft für Sie zu finden. Bitte füllen Sie den Erhebungsbogen so ausführlich wie möglich aus. Im Anschluss daran senden Sie diesen per Post, Fax oder per E-Mail an uns zurück.

Weitere betreuungsrelevante Unterlagen (z.B. Gutachten des MDK, Arztberichte, etc.) fügen Sie bitte diesem Erhebungsbogen bei.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung!

**Angaben zur zu betreuenden Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname |       | Nachname |       |
| Straße  |       | Hausnummer |       |
| PLZ  |       | Ort |       |
| Telefonnummer |       | Mobilnummer  |       |
| eMail |       | Geburtsdatum |       |
| Größe (cm)  |       | Gewicht (kg)  |       |
| Lebt die zu betreuende Person alleine? | Ja |[ ]  Nein |[ ]
| Wenn nein: Wer ist der Mitbewohner?  |       |
| Wenn nein: Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig? | Ja |[ ]  Nein |[ ]
| Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen ausfüllen. | Ja |[ ]  Nein |[ ]
| **Ab wann wir die Betreuung benötigt** |       |

**Angaben zur Kontaktperson**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname |       | Nachname |       |
| Straße |       | Hausnummer |       |
| PLZ |       | Ort |       |
| Telefonnummer |       | Mobilnummer |       |
| E-Mailadresse |       |
| Beziehung zurbetreuenden Person? | [ ] Ehepartner/-in | [ ] Tochter/Sohn | [ ] Enkel/-in |
| [ ] Gesetzlicher Betreuer | [ ] Andere |

**Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen**

**Diagnosen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] Gehschwäche | [ ] Asthma | [ ] Beginnende Demenz | [ ] Diabetes |
| [ ] Schlaganfall | [ ] Osteoporose | [ ] Demenz | [ ] Diabetes insulinpflichtig |
| [ ] Herzrhytmusstörung | [ ] Rheuma | [ ] Alzheimer | [ ] Allergien |
| [ ] Herzinsuffizienz | [ ] Dekubitus | [ ] Depression | [ ] Chronische Durchfälle |
| [ ] Hypertonie | [ ] Inkontinenz | [ ] Parkinson | [ ] Tumor |
| [ ] Herzinfarkt | [ ] Stoma | [ ] Multiple Sklerose | [ ] COPD |
| Sonstige Diagnosen  |       |

**Probleme in der Kommunikation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sprache | [ ] keine | [ ] mäßige | [ ] massive |
| Hören | [ ] keine | [ ] mäßige | [ ] massive |
| Sehen | [ ] keine | [ ] mäßige | [ ] massive |
| Hilfsmittel | [ ] Brille | [ ] Hörgerät |
| Anmerkungen |       |

**Probleme in der Orientierung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zeitliche | [ ] keine | [ ] gelegentlich | [ ] massive |
| Örtliche | [ ] keine | [ ] gelegentlich | [ ] massive |
| Persönliche | [ ] keine | [ ] gelegentlich | [ ] massive |
| Gedächtnis | [ ] keine | [ ] gelegentlich | [ ] massive |

**Motorik**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | selbständig | bedingtselbständig | teilweiseunselbständig | unselbständig |
| Hinlegen – Aufstehen |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Hinsetzen – Aufstehen |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Stehen |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Gehen |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Umgang mit Gehhilfen |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Umgang mit Rollstuhl |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Transfer (Umsetzen) |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Lagern im Bett (Umdrehen) |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Anmerkungen |       |

**Hilfsmittel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hilfsmittel | [ ] Gehstock | [ ] Toilettensitzerhöhung | [ ] Dekubitusmatraze |
| [ ] Rollator | [ ] Toilettenstuhl | [ ] Pflegebett |
| [ ] Treppenlift | [ ] Duschstuhl/-hocker |
| [ ] Rollstuhl | [ ] Badewannenlifter |
| Anmerkungen |       |

**Körperpflege**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | selbständig | bedingtselbständig | teilweiseunselbständig | unselbständig |
| Waschen am Waschbecken |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Mund-/Zahn-/Protesenpflege |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Intimpflege / Toilettengang |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Haarpflege |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Rasieren |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Nagel-/Fußpflege |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Baden/Duschen |[ ] [ ] [ ] [ ]
| Wie oft pro Woche? |       |
| Anmerkungen |       |

**Ausscheidungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Harninkontinenz | [ ] nein | [ ] gelegentlich | [ ] immer |
| Stuhlinkontinenz | [ ] nein | [ ] gelegentlich | [ ] immer |
| Hilfsmittel | [ ] Windeln | [ ] Vorlagen | [ ] Urinflasche |
| [ ] Katheter | [ ] suprapub. Katheter | [ ] Sonstige |
| Anmerkungen |       |

**Nahrungsaufnahme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kau-/Schluckstörungen | [ ] ja | [ ] nein |
| Diätvorschriften | [ ] ja | [ ] nein |
| Wenn ja, welche? |       |
| Probleme beim Trinken | [ ] ja | [ ] nein |
| Trinkmenge | [ ] normal | [ ] braucht Anregung |
| Anmerkungen |       |

**Nachtruhe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachtruhe | von ca.       Uhr | bis ca.      Uhr |
| Schläft durch | [ ] ja | [ ] nein |
| Steht wie häufig auf? | [ ] 1 Mal | [ ] 2-3 Mal | [ ] mehr als 3 Mal |
| Braucht nachts Unterstützung? | [ ] Ja | [ ] Nein |
| Schlafmittel | [ ] ja | [ ] nein |
| Wenn ja, welche? |       |
| Anmerkungen |       |

**Therapien**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Therapien | [ ] Physiotherapie | [ ] Logopädie | [ ] Ergotherapie |
| Sonstige Therapien |       |

**Beschäftigung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tagesgestaltung | [ ] selbstständig | [ ] bedingt selbstständig | [ ] unselbstständig |
| Kann sich beschäftigen | [ ] ja | [ ] bedingt | [ ] nein |
| Ehemaliger Beruf |       |
| Interessen |       |
| Aktivitäten |       |
| Anmerkungen |       |

**Medikamente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medikamenteneinnahme | [ ] selbstständig | [ ] unter Anleitung | [ ] unselbstständig |

**Persönlichkeit**

Beschreiben Sie die zu betreuende Person (lieb, ruhig, aufbrausend, anspruchsvoll, fordernd, aufgeschlossen…)

|  |
| --- |
|       |

**Ansteckende Krankheiten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bekannte ansteckende Krankheiten oder Keime? | [ ] ja | [ ] nein |
| Wenn ja, welche? |       |

**Fragen zum Betreuungsumfang**

**Pflegebedarf**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pflegegrad | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 | [ ]  kein |
| Soll ein Pflegedienst in Anspruch genommen werden? | [ ]  ja |  [ ]  nein |
| Wenn ja, welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst übernehmen und wie oft soll er kommen? |       |

**Hauswirtschaftliche Arbeiten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe? | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Wenn ja, welche Aufgaben übernimmt sie und wie oft kommt sie? |       |

**Welche Aufgaben sollen erfüllt werden**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Einkaufen | [ ] selten | [ ] gelegentlich | [ ] immer |
| Kochen | [ ] selten | [ ] gelegentlich | [ ] immer |
| Abwaschen | [ ] selten | [ ] gelegentlich | [ ] immer |
| Wäsche waschen | [ ] selten | [ ] gelegentlich | [ ] immer |
| Bügeln | [ ] selten | [ ] gelegentlich | [ ] immer |
| Putzen | [ ] selten | [ ] gelegentlich | [ ] immer |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sollen Haustiere versorgt werden | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Um welche Tiere handelt es sich? Was soll gemacht werden? |       |

**Wohnsituation**

**Lage**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Innenstadt | [ ]  Stadt- Außenbezirk | [ ]  Dörflich | [ ]  Ländlich |

**Häusliche Situation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Wohnung | [ ]  Mehrfamilienhaus | [ ]  Einfamilienhaus | [ ]  Sonstige |

**Einkaufsmöglichkeiten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  zu Fuß | [ ]  mit dem Bus | [ ]  mit dem Auto | [ ]  Sonstige |
| Anmerkungen |       |

**Ausstattung des Zimmers** (vorausgesetzt sind Bett, Schrank und Bad- Mitbenutzung)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Fernseher | [ ]  Internet | [ ]  separates Bad |
| Anmerkungen |       |

**Anforderungen an die Betreuungskraft**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Geschlecht | [ ] keine Präferenz | [ ] männlich | [ ] weiblich |
| Sprachkenntnisse | [ ] gering | [ ] befriedigend | [ ] gut |
| Führerschein | [ ] keine Präferenz | [ ] ja | [ ] nein |
| Wenn Auto vorhanden | [ ] Automatik | [ ] Schaltgetriebe |
| Alter | [ ] keine Präferenz | [ ] 20-30 | [ ] 30-40 |
| [ ] 40-50 | [ ] älter als 50 |
| Raucher/in (grundsätzlich nur draußen) | [ ] keine Präferenz | [ ] ja | [ ] nein |

**Erwartungen**

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

|  |
| --- |
|       |

**Eine letzte Frage sei noch erlaubt:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wie sind Sie auf uns gekommen? | [ ] Arzt | Name des Arztes       |
| [ ] Freunde/Bekannte | Wer hat uns empfohlen?       |
| [ ] Pflegedienst | Welcher       |
| [ ] Internet |  |

[ ]  Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass StayHome die in diesem Fragebogen enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen meiner Anfrage verwendet. StayHome hält sich an die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und nutzt meine Daten ausschließlich für Zwecke, zu denen ich StayHome berechtigt habe. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der StayHome kontaktiert zu werden.

[ ]  Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift