

Erhebungsbogen



Brinkfeldstraße 6
37181 Hardegsen

Tel.: 05503 915 3739
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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein: Wer ist der Mitbewohner?			
Wenn nein: Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, bitte einen zweiten Bedarfsfragebogen ausfüllen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Ab wann wir die Betreuung benötigt			

Angaben zur Kontaktperson

Vorname		Nachname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefonnummer		Mobilnummer	
E-Mailadresse			
Beziehung zur betreuenden Person?	<input type="checkbox"/> Ehepartner/-in	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn	<input type="checkbox"/> Enkel/-in
	<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Andere	

Erhebungsbogen

Fragen zu gesundheitlichen Einschränkungen

Diagnosen

<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> COPD
Sonstige Diagnosen			

Probleme in der Kommunikation

Sprache	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Hören	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Sehen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	
Anmerkungen			

Probleme in der Orientierung

Zeitliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Örtliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Persönliche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive
Gedächtnis	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> massive

Erhebungsbogen

Motorik

	selbständig	bedingt selbständig	teilweise unselbständig	unselbständig
Hinlegen – Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen – Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer (Umsetzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern im Bett (Umdrehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen				

Hilfsmittel

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatraze
	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Pflegebett
	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker	
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter	
Anmerkungen			

Erhebungsbogen

Körperpflege

	selbständig	bedingt selbständig	teilweise unselbständig	unselbständig
Waschen am Waschbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahn-/Protesenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege / Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagel-/Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft pro Woche?				
Anmerkungen				

Ausscheidungen

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> immer
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> immer
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Urinflasche
	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> suprapub. Katheter	<input type="checkbox"/> Sonstige
Anmerkungen			

Erhebungsbogen

Nahrungsaufnahme

Kau-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diätvorschriften	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Probleme beim Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinkmenge	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> braucht Anregung
Anmerkungen		

Nachtruhe

Nachtruhe	von ca. Uhr	bis ca. Uhr	
Schläft durch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Steht wie häufig auf?	<input type="checkbox"/> 1 Mal	<input type="checkbox"/> 2-3 Mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Mal
Braucht nachts Unterstützung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schlafmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?			
Anmerkungen			

Therapien

Therapien	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
Sonstige Therapien			

Erhebungsbogen

Beschäftigung

Tagesgestaltung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/> unselbstständig
Kann sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bedingt	<input type="checkbox"/> nein
Ehemaliger Beruf			
Interessen			
Aktivitäten			
Anmerkungen			

Medikamente

Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> unselbstständig
----------------------	---	---	---

Persönlichkeit

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

Erhebungsbogen

Ansteckende Krankheiten

Bekannte ansteckende Krankheiten oder Keime?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		

Fragen zum Betreuungsumfang

Pflegebedarf

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> kein
Soll ein Pflegedienst in Anspruch genommen werden?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche Tätigkeiten soll der Pflegedienst übernehmen und wie oft soll er kommen?						

Hauswirtschaftliche Arbeiten

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Aufgaben übernimmt sie und wie oft kommt sie?		

Welche Aufgaben sollen erfüllt werden

Einkaufen	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> immer
Kochen	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> immer
Abwaschen	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> immer
Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> immer
Bügeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen

	selten	gelegentlich	immer
Putzen	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> immer

Sollen Haustiere versorgt werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Um welche Tiere handelt es sich? Was soll gemacht werden?		

Wohnsituation

Lage

<input type="checkbox"/> Innenstadt	<input type="checkbox"/> Stadt- Außenbezirk	<input type="checkbox"/> Dörflich	<input type="checkbox"/> Ländlich
-------------------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------

Häusliche Situation

<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Sonstige
----------------------------------	---	--	-----------------------------------

Einkaufsmöglichkeiten

<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> mit dem Bus	<input type="checkbox"/> mit dem Auto	<input type="checkbox"/> Sonstige
---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

Anmerkungen	
-------------	--

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

<input type="checkbox"/> Fernseher	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> separates Bad
------------------------------------	-----------------------------------	--

Anmerkungen	
-------------	--

Erhebungsbogen

Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> gut
Führerschein	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Auto vorhanden	<input type="checkbox"/> Automatik		<input type="checkbox"/> Schaltgetriebe
Alter	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 30-40
	<input type="checkbox"/> 40-50	<input type="checkbox"/> älter als 50	
Raucher/in (grundsätzlich nur draußen)	<input type="checkbox"/> keine Präferenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erwartungen

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Eine letzte Frage sei noch erlaubt:

Wie sind Sie auf uns gekommen?	<input type="checkbox"/> Arzt	Name des Arztes
	<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	Wer hat uns empfohlen?
	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	Welcher
	<input type="checkbox"/> Internet	

Erhebungsbogen

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