

# 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

### Pflegestufe

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

### Pflegedienst

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

### Hausarzt

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

## Fragebogen zur Dienstleistung/Betreuung zu Hause

### Diagnose

<p><u>Person 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Herzerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Lebererkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Darmerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Parkinson</li><li><input type="checkbox"/> Diabetes    <input type="checkbox"/> Insulinpflicht</li><li><input type="checkbox"/> Arthrose</li><li><input type="checkbox"/> Schlaganfall    <input type="checkbox"/> rechts    <input type="checkbox"/> links</li><li><input type="checkbox"/> Sprachstörungen</li><li><input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit    <input type="checkbox"/> Hörgerät</li><li><input type="checkbox"/> geringe Sehfähigkeit    <input type="checkbox"/> Brille</li><li><input type="checkbox"/> Osteoporose</li><li><input type="checkbox"/> Rheuma</li><li><input type="checkbox"/> Dekubitus</li><li><input type="checkbox"/> Allergien</li><li><input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz</li><li><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</li><li><input type="checkbox"/> Bluthochdruck</li><li><input type="checkbox"/> Asthma</li><li><input type="checkbox"/> Krebserkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Multiple Sklerose</li><li><input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten .....</li></ul>	<p><u>Person 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Herzerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Lebererkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Darmerkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Parkinson</li><li><input type="checkbox"/> Diabetes    <input type="checkbox"/> Insulinpflicht</li><li><input type="checkbox"/> Arthrose</li><li><input type="checkbox"/> Schlaganfall    <input type="checkbox"/> rechts    <input type="checkbox"/> links</li><li><input type="checkbox"/> Sprachstörungen</li><li><input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit    <input type="checkbox"/> Hörgerät</li><li><input type="checkbox"/> geringe Sehfähigkeit    <input type="checkbox"/> Brille</li><li><input type="checkbox"/> Osteoporose</li><li><input type="checkbox"/> Rheuma</li><li><input type="checkbox"/> Dekubitus</li><li><input type="checkbox"/> Allergien</li><li><input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz</li><li><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</li><li><input type="checkbox"/> Bluthochdruck</li><li><input type="checkbox"/> Asthma</li><li><input type="checkbox"/> Krebserkrankungen</li><li><input type="checkbox"/> Multiple Sklerose</li><li><input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten .....</li></ul>
---	---

### Geistiger Zustand

<p><u>Person 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> klar                      <input type="checkbox"/> dem Alter normal</li><li><input type="checkbox"/> apathisch                <input type="checkbox"/> depressiv</li><li><input type="checkbox"/> verwirrt                 <input type="checkbox"/> aggressiv</li><li><input type="checkbox"/> Demenz                 <input type="checkbox"/> Alzheimer</li><li><input type="checkbox"/> Desorientierung: <input type="checkbox"/> zum Ort    <input type="checkbox"/> zur Zeit    <input type="checkbox"/> zur Person</li></ul>	<p><u>Person 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> klar                      <input type="checkbox"/> dem Alter normal</li><li><input type="checkbox"/> apathisch                <input type="checkbox"/> depressiv</li><li><input type="checkbox"/> verwirrt                 <input type="checkbox"/> aggressiv</li><li><input type="checkbox"/> Demenz                 <input type="checkbox"/> Alzheimer</li><li><input type="checkbox"/> Desorientierung: <input type="checkbox"/> zum Ort    <input type="checkbox"/> zur Zeit    <input type="checkbox"/> zur Person</li></ul>
---	---

### Mobilität/Bewegung

<p><u>Person 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> selbstständig            <input type="checkbox"/> mit Hilfe</li><li><input type="checkbox"/> mit Stock                <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe</li><li><input type="checkbox"/> mit Rollator             <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl</li><li><input type="checkbox"/> bettlägerig</li><li>Muss die Person angehoben werden? <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</li></ul>	<p><u>Person 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> selbstständig            <input type="checkbox"/> mit Hilfe</li><li><input type="checkbox"/> mit Stock                <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe</li><li><input type="checkbox"/> mit Rollator             <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl</li><li><input type="checkbox"/> bettlägerig</li><li>Muss die Person angehoben werden? <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</li></ul>
--	--

### Transfer Bett/Rollstuhl

<p><u>Person 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> selbstständig            <input type="checkbox"/> mit Hilfe</li><li><input type="checkbox"/> Hebesitz                 <input type="checkbox"/> Hebegurt</li><li><input type="checkbox"/> Lift                        <input type="checkbox"/> Andere</li><li>Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Pflegebett                <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze</li></ul>	<p><u>Person 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> selbstständig            <input type="checkbox"/> mit Hilfe</li><li><input type="checkbox"/> Hebesitz                 <input type="checkbox"/> Hebegurt</li><li><input type="checkbox"/> Lift                        <input type="checkbox"/> Andere</li><li>Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Pflegebett                <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze</li></ul>
---	---

## 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

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

### Baden/Duschen

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

### Essen und Trinken

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

### Schlafen

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

### Allgemeine Seniorenbetreuung

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

# 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** .....