



24- STUNDEN RUNDUM- BETREUUNG

INFORMATION- UND BEDARFSFRAGEBOGEN

Kontaktperson /Ansprechpartner:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Betreuungsbedürftige Person:

Herr: Frau:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Raucher/in: ja nein

Krankenkasse: _____

Krankenversichertennummer: _____

alleinstehend verheiratet verwitwet

Bestehender Pflegegrad: keiner Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Antrag auf Pflegegrad wurde gestellt: ja nein

Höherstufungsantrag wurde gestellt: ja nein

Werden bestehende Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI) in Anspruch genommen: ja nein

Umstellung von Pflegegeld auf Pflegesachleistungen: ja , ab wann/Datum: _____ nein

Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) beantragt: ja nein

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst tätig: ja nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiter in Anspruch genommen werden: ja nein

Kommunikation: uneingeschränkt eingeschränkt nicht möglich

Sprachstörungen Sehschwäche Schwerhörigkeit



Orientierung: uneingeschränkt eingeschränkt zur Situation zur Person
örtlich zeitlich

Geistiger Zustand: klar teilnahmslos apathisch verwirrt aggressiv

Die betreuungsbedürftige Person

bewegt sich: selbständig und ohne Hilfsmittel mit Begleitung mit Gehhilfen mit Rollator
Rollstuhl Pflegerollstuhl hat Bewegungseinschränkungen ist sturzgefährdet
leidet unter Immobilität ist körperlich behindert liegt nur im Bett

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Rollator Rollstuhl Pflegerollstuhl Toilettenstuhl Badewannenlifter
Patientenlifter Treppenlift Pflegebett

Pflegerrelevante Diagnosen:

Diabetes:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Herz-/Kreislaufschwäche:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Demenz:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Inkontinenz:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schlaganfall:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Parkinson:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Alzheimer:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Krebsleiden:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Dekubitus:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Allergien ja <input type="checkbox"/> , welche:	_____		nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Krankheiten:	_____		

Allgemeine Angaben:

Voraussichtlicher Beginn der Betreuung: _____
Leben weitere Personen im Haushalt? ja Familiengrad: _____ nein
Herr: Frau:
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Ist die Person ebenfalls zu betreuen? ja wenn ja, bitte weiteren Fragebogen ausfüllen nein
Sind Haustiere vorhanden: ja welche _____ nein

Anforderungen an das Betreuungspersonal:

Geschlecht: weiblich männlich egal
Nichtraucher/in: ja egal



Erwünschte Leistungen:

- Haushaltsführung (Putzen, Waschen, Bügeln,
-Fensterputzen ist ausgeschlossen): ja nein
- Einkaufen: ja nein
- Arztbesuche mit Kunden: ja nein
- Mahlzeiten zubereiten: ja nein
- Warme Mahlzeiten zubereiten: ja nein
- Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme: ja nein
- Unterstützung beim An- und Auskleiden: ja nein
- Übernahme des An- und Auskleidens: ja nein
- Unterstützung bei der Körperpflege: ja nein
- Übernahme der Körperpflege: ja nein
- Begleitung/Unterstützung beim Toilettengang: ja nein
- Inkontinenzversorgung: ja nein
- Inkontinenzversorgung im Bett: ja nein
- Betten und Lagern: ja nein
- Spazieren gehen ja nein

Sonstige Aufgaben: _____

Müssen in der Nacht Leistungen erbracht werden: ja nein

Welche: _____

Wohnverhältnisse der zu betreuenden Person:

- Einfamilienhaus _____ m² _____ Zimmer
- Zweifamilienhaus _____ m² _____ Zimmer
- Mehrfamilienhaus _____ m² _____ Zimmer
- Wohnung _____ m² _____ Zimmer



Die Kontaktperson erklärt, dass sie bei einer eventuellen Auftragserteilung bevollmächtigt ist, für die betreuungsbedürftige Person einen Auftrag zu erteilen.

Falls nicht, bitte hier die Daten der bevollmächtigten Person angeben:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

persönliche Empfehlung durch: _____

Zeitungsannonce, welche Zeitung: _____

Sozialdienst des Krankenhauses in: _____

Pflegedienst in: _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit dieser Unterschrift keinen Vertragsabschluss eingehen. Dieser Fragebogen ist bei Vertragsabschluss Bestandteil des Vertrages. Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.