



# ERHEBUNGSBOGEN

## Angaben zu der zu betreuenden Person

Anrede: Titel:  
 \*Name, Vorname:  
 \*Straße und Nr.: \*Tel.:  
 \*PLZ, Ort: Fax:  
 E-Mail: Mobil:

Vertragspartner (Rechnungsempfänger)      Rechnungsversand erfolgt an diese Person

### ANAMNESE ALLGEMEIN

*Geburtsdatum:	Alter:	*Familienstand:	alleine lebend
			verheiratet
*Größe (in cm):			verwitwet
*Gewicht (in kg):			in Gemeinschaft lebend
*Konfession:	evangelisch	*Rauchen:	ja
	katholisch		nein
	andere:		
*Pflegegrad:	kein Pflegegrad	1	2
	Erseinstufung beantragt	3	4
		5	Höherstufung beantragt

### \*DEMENTZBETREUUNG

nein      ja (Es liegt eine medizinisch diagnostizierte Demenz, z. B. Demenz vom Alzheimerstyp, vor. Sofern Sie diese Frage mit „ja“ beantwortet haben, füllen Sie bitte zusätzlich unseren „Demenzfragebogen“ aus.)

## DIAGNOSEN

### \*Hauptgrund für die Betreuungsbedürftigkeit:

altersbedingter reduzierter Allgemeinzustand ohne Diagnose

### WEITERE DIAGNOSEN

#### Erkrankungen des Bewegungsapparats:

Amputationen:	Arthritis	Arthrose	Gehschwäche
Lähmung:	Osteoporose	Rheuma	

#### Neurologische Erkrankungen:

ALS	Demenz	Multiple Sklerose	Parkinson
Polyneuropathie	andere:		

#### Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems:

Bluthochdruck	Herzinfarkt	Herzinsuffizienz	Herzoperation
Herzrhythmusstörung	Niedriger Blutdruck	Schlaganfall	

#### Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts:

chronische Durchfälle	Diabetes	Diabetes (Insulinpflichtig)	Dialyse
Inkontinenz	Morbus Crohn	Niereninsuffizienz	Stoma

## ERHEBUNGSBOGEN

### Erkrankungen der Atemwege:

Asthma COPD Tracheostoma (Lufttröhrenkanüle)

### Aktuelle Probleme:

Zustand nach Unfall oder Sturz Dekubitus Größe in cm: Lage:

### Sonstiges:

Allergien: nein ja, welche:

Behinderungen:

Depression Einsamkeit Hauterkrankung:

Krebs:

### SONSTIGE DIAGNOSEN / BEMERKUNGEN:

Seit wann besteht die Krankheit, ist diese konstant oder verändert sich der Zustand?

\* ansteckende/übertragbare Krankheiten: nein ja, welche:

Arztbrief / Entlassungsbericht / pflegerischer Überleitungsbogen Krankenhaus liegt bei nein ja

## ANAMNESE BETREUUNGSAUFWAND

### RUHEN UND SCHLAFEN

keine Einschränkungen Einschlafprobleme Durchschlafprobleme  
 veränderter Tag-/Nachtrhythmus hält gerne Mittagsschlaf Schlafapnoe (Atemaussetzer)

Schlafmedikation: nein ja, welche:

Nachtruhe (von ca. Uhr bis ca. Uhr)

\*steht nachts häufig auf nein 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

\*Sind nächtliche Einsätze der Betreuungskraft notwendig? nein ja, ca. mal/Nacht

Grund:

### SICH BEWEGEN

selbstständig mit etwas Hilfe (Hand reichen) steht nicht mehr selbstständig auf, muss gehoben/gestützt werden

Ist die zu betreuende Person bettlägerig? nein ja

Ist die zu betreuende Person sturzgefährdet? nein ja

### TRANSFER: eigenständige Positionsveränderung

Benötigt die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer? nein ja (Häufigkeit):

Die zu betreuende Person kann aktiv mithelfen (leichter Transfer) vollständige Übernahme durch die Betreuungskraft

### LAGERUNG

Benötigt die zu betreuende Person Hilfe bei der Lagerung im Bett? nein ja (Häufigkeit):

Anmerkungen:

# ERHEBUNGSBOGEN

## WASCHEN UND KLEIDEN

	selbstständig	unter Anleitung/mit Teilhilfe	komplette Übernahme
<b>Grundpflege</b>			
Gesicht & Mundpflege			
Oberkörper			
Arme			
Rücken			
Intimpflege			
Haare waschen			
Haare kämmen			
Rasieren			
Hautpflege			
Nagelpflege			
Baden			
Waschen am Waschbecken			
Auswahl der Kleidung			
An- und Auskleiden			

Körperpflege erfolgt komplett im Bett: nein ja  
 Gewohnheiten/Probleme bei der Körperpflege (z. B. Häufigkeit Duschen je Woche):

## ESSEN UND TRINKEN

keine Einschränkungen	Vollkost	vegetarisch	
passierte Kost	Diabetes/spezielle Diät:		
sonstige:		PEG Sonde	Schluckstörung
Nahrungsalergien:	nein	ja, welche:	
Benötigt Hilfe bei der Nahrungszubereitung:	nein	ja, welche:	
Benötigt Hilfe bei der Nahrungsaufnahme:	nein	ja, welche:	
Ernährungszustand:	normal	übergewichtig	stark übergewichtig
Trinkmenge:	trinkt selbstständig genügend	braucht Anregung	untergewichtig
Anmerkungen (z. B. Lieblingsspeisen und Getränke, Essenszeiten):			bilanziert (max. ml am Tag)

## ERHEBUNGSBOGEN

### AUSSCHEIDEN

<b>Toilettengang selbstständig:</b>	ja	nein	
<b>Toilettengang mit Teilhilfe<sup>2</sup>:</b>	ja	nein	
<b>Urininkontinenz:</b>	nein	gelegentlich	immer
<b>Stuhlinkontinenz:</b>	nein	gelegentlich	immer
neigt zu Verstopfung	neigt zu Durchfällen		suprapubischer Katheter
Blasenkatheter	Anus Praeter		

Anmerkungen:

<b>Inkontinenzversorgung:</b>	selbstständig	durch Betreuungskraft	nicht erforderlich
Vorlagen	Stück am Tag	Stück in der Nacht	Urinflasche
Windeln	Stück am Tag	Stück in der Nacht	Urinalkondom

### ATMEN

keine Einschränkung benötigt Sauerstoff	erschwerte Atmung in Ruhe benötigt Beatmungsgerät, Grund:	erschwerte Atmung in Bewegung
--	--	-------------------------------

### FÜR SICHERHEIT SORGEN

Besteht ein Hausnotrufsystem?	ja	nein
<b>Bewusstseinszustand / Vigilanz:</b>		
klar ansprechbar	benommen	komatös

**Einschränkungen in der Orientierung:**

	keine	zeitweise	immer
zeitlich			
örtlich			
zur Person			
situativ			

<b>Hinlauftendenz / Weglauftendenz:</b>	ja	nein
---	----	------

Anmerkungen:

**Medikamenteneinnahme:**

Einnahme erfolgt	selbstständig	mit Erinnerung
------------------	---------------	----------------

<sup>2</sup> z. B. Intimbereich reinigen, Kleidung richten

# ERHEBUNGSBOGEN

## SICH BESCHÄFTIGEN

**Tagesstruktur** - Beschreiben Sie stichpunktartig die bisherige Tagesstruktur der zu betreuenden Person:

wecken um	Uhr	ausschlafen lassen	selbstständig
morgens			
vormittags			
mittags			
nachmittags			
abends			

## Freizeit und Beschäftigung / Sozialanamnese:

Tagesgestaltung/Beschäftigung      selbstständig      unter Anleitung      komplette Übernahme

Ehemalige berufliche Tätigkeit:

Hobbys und Interessenbeschreibung (Kochen/Backen, Natur und Tiere, Handarbeiten, Freunde / Familie, Spaziergehen, Gesang, Lesen/Literatur, Musik, Politik und Geschichte, Fernsehen, Außenaktivitäten, sonstiges):

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege/ Demenzcafé / Dialyse?      nein      ja, wie oft?

## Aktuelle Therapien:

Physiotherapie      Ergotherapie      Logopädie      Beschäftigungstherapie

sonstiges:

Finden Therapien zu Hause statt?      ja      nein

## KOMMUNIKATION

spricht/versteht Deutsch      fremdsprachig:      uneingeschränkt

## Einschränkungen:

Sprache	sensorische Aphasie (Störung Wortfindung)	stumm
	spricht wenig	motorische Aphasie (Wortbildung)
Hören	uneingeschränkt	leicht      schwer
Sehen	uneingeschränkt	fehlsichtig      Sehvermögen zu      %

## SINN FINDEN: Ängste, Sorgen, Nöte und die Bewältigung von Schmerzen

### Mentale Verfassung:

ängstlich	anspruchsvoll	aufgeschlossen	bestimmend	depressiv	gereizt
labil	launisch	liebepoll	offen	sensibel	starke Unruhe
teilnahmslos	vergesslich	zurückhaltend	skeptisch		

sonstiges:

## ERHEBUNGSBOGEN

**SCHMERZEN:** Schmerzwert mit „R“ und/oder „B“ in die Skala eintragen

R = Ruheschmerz    B = Belastungsschmerz

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Grund:

Behandlung der Schmerzen erfolgt durch:

Anmerkungen:

### HILFSMITTEL

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (Einweghandschuhe, Windeln, Desinfektionsmittel etc.) sind in einem Haushalt mit pflegebedürftiger Person obligatorisch. Zuschüsse für Pflegehilfsmittel können Sie beantragen. Wir empfehlen Ihnen einen Dauerauftrag über einen Lieferdienst.

Badewannenlifter	Brille	Duschstuhl/Hocker
Gehstock	Gelkissen	Hörgerät
Lagerungshilfe	Lupe	Orthese:
Patientenlifter/Transferlifter	Pflegebett	Prothese:
Rollator	Rollstuhl immer	Rollstuhl zeitweise (z. B. draußen)
Toilettenstuhl	Treppenlift	Urinflasche
Vorlage	Wechseldruckmatratze	Windeln
Zahnprothese	Anmerkungen/ weitere:	

### ERFASSUNG EVENTUELL WEITERER PERSONEN IM HAUSHALT DER ZU BETREUENDEN PERSON

die zu betreuende Person lebt alleine, eine weitere Person ist nicht im Haushalt anwesend

es sind zwei Personen zu betreuen (bitte einen weiteren Erhebungsbogen ausfüllen)

die zu betreuende Person lebt mit einer zweiten, nicht betreuungsbedürftigen Person gemeinsam in einem Haushalt

Wer?

### SONSTIGE AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN / EINRICHTUNGEN

Hausarzt	Facharzt (Fachrichtung):	
Pflegedienst	Besuchsdienste	Tagespflege
Nachtpflege	Podologe	Friseur
Angehörige	Nachbarn	sonstige:

Firma/Praxis:

Anrede:

Titel:

Name, Vorname:

Straße und Nr.:

Tel.:

PLZ, Ort:

Fax:

Büro:

Mobil:

E-Mail:

## ERHEBUNGSBOGEN

Bleiben beteiligte Kontakte auch während der Betreuung weiterhin bestehen? ja nein  
 Welche Aufgaben werden von wem wann und wie oft übernommen?

Welche Aufgaben werden vom Pflegedienst wann und wie oft übernommen?

### ERFASSUNG HAUSWIRTSCHAFTLICHER DIENSTLEISTUNGEN

**HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG: übliche hauswirtschaftliche Versorgung wie Abwaschen, Wäsche waschen, Bügeln, Versorgung von Zimmerpflanzen etc.**

Haushaltsführung für (Anzahl) Personen (exkl. Betreuungskraft)

Reinigung des Haushalts (Wohnfläche qm) Einkaufen Kochen  
 Wäsche waschen Bügeln

Zusätzliche Anforderung über die Haushaltsführung hinaus

Begleitung bei Arztbesuchen

Gartenarbeit, freiwillig:

Haustiersversorgung, welche:

gemeinsame Ausflüge und Freizeitgestaltung

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe? nein ja

Wenn ja, bleibt diese auch weiterhin bestehen und in welchem Umfang übernimmt sie die Tätigkeiten?

### WOHNSITUATION DER ZU BETREUENDEN PERSON

#### Wohnlage:

Großstadt zentral Großstadt Kleinstadt Dorf

#### Wohnart:

Haus Wohnung

sonstiges:

Anzahl Zimmer: Wohnfläche: m<sup>2</sup>

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca. Metern

### AUSSTATTUNG DES WOHNBEREICHS DER BETREUUNGSKRAFT

Sofern kein eigenes Zimmer für die Betreuungskraft zur Verfügung gestellt werden kann, kann unsere Betreuungsdienstleistung nicht erbracht werden!

eigenes Zimmer	eigener Wohnbereich	Bett
Schrank	Bad zur Mitbenutzung	eigenes Bad
TV	Computer	Internet (LAN)
WLAN	Internetstick	Fahrrad

## ERHEBUNGSBOGEN

Anmerkungen:

### AUFGABEN UND WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSKRAFT

Geschlecht	keine Präferenz	Frau		Mann
Alter in Jahren	keine Präferenz	Alterswunsch	bis	Jahre
Deutschkenntnisse	keine Präferenz	geringe		mittlere
		gute		
Führerschein	keine Präferenz	ja		zwingend erforderlich
wenn ja, Auto vorhanden	Schaltgetriebe	Automatikgetriebe		
	Marke/Modell:			
Raucher	keine Präferenz	geraucht wird grundsätzlich nur im Außenbereich	E-Zigarette	absoluter Nichtraucher
Qualifikation der Betreuungskraft		Betreuungskraft/Hauswirtschaftskraft		dipl. Krankenschwester/Krankenpfleger
Welche Erwartungen/Vorstellungen haben Sie an die Betreuungskraft? <sup>3</sup>				

#### \*Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Name des Empfehlenden:

Arzt                      Krankenhaus                      Pflegedienst                      Pflegeberatung

sonstiges:

#### Werbung:

Internet                      Radio                      Zeitung                      Anzeige/Werbung                      Messe/Veranstaltung

Standortpartner                      Pflegedienst                      Pflegestützpunkt                      Weiterempfehlung

sonstiges/wer:

<sup>3</sup> Zudem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass jede Betreuungskraft Zeit zur Regeneration benötigt, um anschließend wieder gestärkt ihrer Betreuungsdienstleistung nachgehen zu können. Bitte beachten Sie diesbezüglich die gesetzlich zulässige Arbeitszeit.

## ERHEBUNGSBOGEN

### HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ (EU-DSGVO) UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG: zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Firma Pflege zu Hause Küffel GmbH, Steintorweg 8, 20099 Hamburg ist verantwortlich für den Schutz und die Sicherheit Ihrer Daten. Sie erreichen uns postalisch unter dieser Anschrift oder per E-Mail unter [datenschutz@pflegezuhaue.info](mailto:datenschutz@pflegezuhaue.info).

Die in unserem Erhebungsbogen/Beratungs- und Vermittlungsvertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, Gesundheitsdaten, Religionszugehörigkeit und familiäre Daten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der geltenden gesetzlicher Bestimmungen (EU-DSGVO) erhoben und verarbeitet. Wir weisen darauf hin, dass wir Ihre Daten zur Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten an unsere Vertragspartner innerhalb der EU (osteuropäische Personalagenturen) übermitteln, die ebenso zur Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet sind.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie am Ende dieses Dokumentes freiwillig erteilen.

Pflichtangaben sind entweder gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben, oder wir benötigen diese Daten für den Vertragsabschluss, die Erbringung der gewünschten Dienstleistung oder den angegebenen Zweck. Die Angabe der Daten liegt selbstverständlich auch bei den Pflichtangaben in Ihrem Ermessen. Eine Nichtangabe kann zur Folge haben, dass der Vertrag von uns nicht erfüllt bzw. die gewünschte Dienstleistung nicht erbracht oder der angegebene Zweck nicht erreicht werden kann.

Ihre Vertragsdaten und die dazugehörigen Dokumente speichern wir für 10 Jahre (§147 Abs.3 AO), sonstige Handels- und Geschäftsbriefe für 6 Jahre (§257 Abs. 4 HGB). Ihre für Werbezwecke erhobenen Daten speichern wir, bis Sie dem widersprechen oder Ihre Einwilligung widerrufen.

Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen haben Sie hinsichtlich Ihrer Daten ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die Verarbeitung und Datenübertragbarkeit sowie das Recht auf Beschwerde bei einer zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde.

Wenn Sie eine erteilte Einwilligung widerrufen, einschränken oder der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder aufgrund Ihrer besonderen Situation widersprechen möchten, genügt jederzeit eine kurze Nachricht an unseren Datenschutzbeauftragten per E-Mail unter [datenschutz@pflegezuhaue.info](mailto:datenschutz@pflegezuhaue.info) oder per Post an die oben angegebene Anschrift, Abteilung Datenschutz.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter [www.pflegezuhaue.info/datenschutz](http://www.pflegezuhaue.info/datenschutz).

#### Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ich erkläre mich mit folgenden Nutzungszwecken einverstanden:

Ich bin damit einverstanden, dass Pflege zu Hause Küffel mir postalisch Informationen und Angebote zum Zwecke der Eigenwerbung zusendet.

#### Bitte nicht vergessen!

**X**

Datum

**X**

Vor- und Nachname

**X**

Unterschrift

#### DIESER TEIL DES ERHEBUNGSBOGENS WIRD VON PFLEGE ZU HAUSE KÜFFEL AUSGEFÜLLT

Eingangsdatum des Erhebungsbogens:

Datum Erstberatung:

Kunde leidet an einer medizinisch diagnostizierten Demenz (z. B. Typ Alzheimer)

Demenzfragebogen liegt vor

Überprüfung Erhebungsbogen ist erfolgt

Beratungsgespräch allgemeiner Teil ist erfolgt

Beratungsgespräch spezieller Teil ist erfolgt

schriftliche Anamnese durch Kundenberater/Standort wurde erstellt

BihG ist ausschließlich möglich bei gleichzeitiger Beauftragung eines Pflegedienstes

Kundenberater/Standort befürwortet die Möglichkeit für BihG

lehnt BihG ab. Begründung:

exam. Pflegekraft von Pflege zu Hause Küffel befürwortet die BihG

lehnt BihG ab. Begründung:

Datum

Unterschrift Kundenberater/Standort

Unterschrift exam. Pflegekraft