



ERHEBUNGSBOGEN ZUR ERMITTLUNG VON BETREUUNGSKRÄFTEN UND HAUSHALTSHILFEN

Schön, dass Sie sich für unsere Betreuungsdienstleistung interessieren. Wir bemühen uns sehr, die richtige Betreuungskraft für Sie zu finden. Helfen Sie uns dabei mit diesem Erhebungsbogen und füllen Sie diesen so ausführlich wie möglich aus. Bitte unterzeichnen Sie dieses Dokument auf Seite 9 und senden Sie uns dieses anschließend per Post, Fax oder E-Mail zurück. Wir bitten Sie, die entsprechende Auswahl deutlich anzukreuzen. Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist für Sie selbstverständlich unverbindlich! Weitere betreuungsrelevante Unterlagen (z.B. Gutachten des MDK, Arztberichte etc.) fügen Sie bitte diesem Erhebungsbogen bei.

*Gewünschter Beginn der Betreuung: **schnellstmöglich** ab (Datum):
(innerhalb von wenigen Tagen)

Ansprechpartner für Pflege zu Hause Küffel

ERSTER ANSPRECHPARTNER: Diese Person ist unser hauptsächlichster Ansprechpartner.

Kontaktdaten:

Name, Vorname:

Straße und Nr.:

*Tel.:

PLZ, Ort:

Fax:

Büro:

Mobil:

E-Mail:

Beziehungsverhältnis zu der zu betreuenden Person:

Ehepartner

Tochter/Sohn

Freund/Bekannter

gesetzl. Betreuer

sonstiges:

Bevollmächtigter:

nein

ja (Vollmacht bitte beifügen)

WEITERER ANSPRECHPARTNER

Kontaktdaten:

Name, Vorname:

Straße und Nr.:

*Tel.:

PLZ, Ort:

Fax:

Büro:

Mobil:

E-Mail:

Beziehungsverhältnis zu der zu betreuende Person:

Ehepartner/in

Tochter/Sohn

Freund/Bekannter

gesetzl. Betreuer

sonstiges:

Bevollmächtigter:

nein

ja (Vollmacht bitte beifügen)

Angaben zu der zu betreuenden Person

Kontaktdaten:

*Name, Vorname:

*Straße und Nr.:

*Tel.:

*PLZ, Ort:

Fax:

E-Mail:

Mobil:

ERHEBUNGSBOGEN

ANAMNESE ALLGEMEIN

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

*DEMENZBETREUUNG

nein ja (Es liegt eine medizinisch diagnostizierte Demenz, z. B. Demenz vom Alzheimer Typ, 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 Herzkreislaufsystems:

Bluthochdruck	Herzinfarkt	Herzinsuffizienz	Herzoperation
Herzrhythmusstörung	Niedriger Blutdruck	Schlaganfall	

Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts:

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

Erkrankungen der Atemwege:

Asthma	COPD	Tracheostoma (Luftröhrenkanüle)
--------	------	---------------------------------

Aktuelle Probleme:

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

Sonstiges:

Allergien:	nein	ja, welche:
Behinderungen:		
Depression	Einsamkeit	Hauterkrankung:
Krebs:		

ERHEBUNGSBOGEN

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:

WASCHEN UND KLEIDEN

	selbstständig	unter Anleitung	komplette Übernahme
Grundpflege			
Gesicht & Mundpflege			
Oberkörper			
Arme			
Rücken			
Intimpflege			
Haare waschen			
Haare kämmen			
Rasieren			

ERHEBUNGSBOGEN

	selbstständig	unter Anleitung	komplette Übernahme
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	untergewichtig
Trinkmenge:	trinkt selbstständig	genügend	braucht Anregung	bilanziert (max. ml am Tag)
Anmerkungen (z. B. Lieblings Speisen und Getränke, Essenszeiten):				

AUSSCHEIDEN

Toilettengang selbstständig:	ja	nein	
Toilettengang mit Teilhilfe*:	ja	nein	
Urininkontinenz:	nein	gelegentlich	immer
Stuhlinkontinenz:	nein	gelegentlich	immer
neigt zu Verstopfung	neigt zu Durchfällen		suprapubischer Katheter
Blasen Katheter	Anus Praeter		

Anmerkungen:

Inkontinenzversorgung:	selbstständig	durch Betreuungskraft	
Vorlagen	Stück am Tag	Stück in der Nacht	Urinflasche
Windeln	Stück am Tag	Stück in der Nacht	Urinalkondom

ATMEN

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

* z.B. Intimbereich reinigen, Kleidung richten

ERHEBUNGSBOGEN

FÜR SICHERHEIT SORGEN

Besteht ein Hausnotrufsystem? ja nein

Bewusstseinszustand / Vigilanz:

klar ansprechbar benommen komatös

Einschränkungen in der Orientierung:

keine zeitweise immer

zeitlich

örtlich

zur Person

situativ

Hinlauftendenz / Weglauftendenz: ja nein

Anmerkungen:

Medikamenteneinnahme:

Einnahme erfolgt selbstständig mit Erinnerung

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, Spazierengehen, 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

ERHEBUNGSBOGEN

KOMMUNIKATION

spricht/versteht Deutsch fremdsprachig: uneingeschränkt

Einschränkungen:

Sprache	sensorische Aphasie (Störung Wortfindung)	stumm
	spricht wenig	motorische Aphasie (Wortbildung)
Hören	uneingeschränkt	leicht
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	liebervoll	offen	sensibel	starke Unruhe
teilnahmslos	vergesslich	zurückhaltend			

sonstiges:

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?

ERHEBUNGSBOGEN

SONSTIGE AN DER BETREUUNG BETEILIGTE PERSONEN

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

Firma/Praxis:

Name, Vorname:

Straße und Nr.:

Tel.:

PLZ, Ort:

Fax:

Büro:

Mobil:

E-Mail:

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:

Haustierversorgung, 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

ERHEBUNGSBOGEN

Wohnart:

Haus

Wohnung

sonstiges:

Anzahl Zimmer:

Wohnfläche:

m²

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.

Metern

Anmerkungen:

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

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

sehr 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?*

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:

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@pflegezuhaeuse.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@pflegezuhaeuse.info oder per Post an die oben angegebene Anschrift, Abteilung Datenschutz.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter www.pflegezuhaeuse.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!



Datum



Vor- und Nachname



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

Kundenberater/Standort befürwortet die Möglichkeit für BihG

Kundenberater/Standort lehnt die BihG ab. Begründung:

BihG ist ausschließlich möglich bei gleichzeitiger Beauftragung eines Pflegedienstes

Datum

Kundenberater/Standort

Unterschrift