

Erhebungsbogen Betreuungs- und Haushaltshilfen



Zutreffendes bitte ankreuzen und in Druckschrift ausfüllen!
Das Ausfüllen des Erhebungsbogen ist für Sie unverbindlich!

Wir bemühen uns sehr, die richtige Betreuungskraft für Sie zu finden. Helfen Sie uns dabei mit diesem Erhebungsbogen. Bitte füllen Sie diesen so ausführlich wie möglich aus. Im Anschluss daran senden Sie uns diesen per Post, Fax oder E-Mail zurück. Bitte kreuzen Sie die entsprechende Auswahl deutlich an. Weitere betreuungsrelevante Unterlagen (z.B. Gutachten des MDK, Arztberichte etc.) fügen Sie bitte diesem Erhebungsbogen bei.

Kundendaten (zu betreuende Person):

Vorname, Name: _____	
Straße, Hausnummer: _____	
PLZ, Ort: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	Mobil: _____
E-Mail: _____	Fax: _____
Krankenkasse: _____	Größe: _____ Gewicht: _____
Familienstand: <input type="checkbox"/> alleine lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in Gemeinschaft lebend	
Konfession: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Raucher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, Grad: _____ seit: _____ <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Höherstufung	<input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> nein
Vertragspartner: <input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Kontaktperson Nr.: _____	
Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Kontaktperson Nr.: _____	

Kontaktperson 1:

<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Bevollmächtigter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vorname, Name: _____	
Straße, Hausnummer: _____	
PLZ, Ort: _____	Mobil: _____
Telefon: _____ Büro: _____	Fax: _____
E-Mail: _____	

Kontaktperson 2:

<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
Bevollmächtigter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vorname, Name: _____	
Straße, Hausnummer: _____	
PLZ, Ort: _____	Mobil: _____
Telefon: _____ Büro: _____	Fax: _____
E-Mail: _____	

Sonstige an der Betreuung beteiligte Kontakte:

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Facharzt	Fachrichtung: _____	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Besuchsdienste
Name/Bezeichnung: _____				<input type="checkbox"/> Tagespflege
Straße, Hausnummer: _____				<input type="checkbox"/> Angehörige
PLZ, Ort: _____			Mobil: _____	
Telefon: _____		Büro: _____	Fax: _____	
E-Mail: _____				

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Facharzt	Fachrichtung: _____	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Besuchsdienste
Name/Bezeichnung: _____				<input type="checkbox"/> Tagespflege
Straße, Hausnummer: _____				<input type="checkbox"/> Angehörige
PLZ, Ort: _____			Mobil: _____	
Telefon: _____		Büro: _____	Fax: _____	
E-Mail: _____				

Welche Aufgaben werden von wem wann und wie oft übernommen?

--

Bleiben beteiligte Kontakte auch während der Betreuung weiterhin bestehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Hausnotrufsystem?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kundenbezogene Diagnosen:

<input type="checkbox"/> Altersvergesslichkeit	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Lähmung: _____	<input type="checkbox"/> insulinpfl. Diabetes
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Krebs, welcher?
<input type="checkbox"/> Hypotonie	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Behinderungen: _____		
<input type="checkbox"/> Allergien: _____	<input type="checkbox"/> altersbedingter reduzierter Allgemeinzustand (ohne Diagnose)		
<input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____	
Ein Entlassungsbericht/Arztbrief liegt bei:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen (seit wann besteht die Krankheit, ist diese konstant oder verändert sich der Zustand?):			

Pflegehilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Treppenlift
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Wecheldruckmatratze
<input type="checkbox"/> Gelkissen	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Wannenlift	<input type="checkbox"/> Lagerungshilfen
sonstige: _____				
Orthesen, welche: _____			Prothesen, welche: _____	
Hilfsmittel zum Transfer: _____		<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Drehscheibe	

Mobilität:

<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> benötigt Rollator	<input type="checkbox"/> muss gelagert werden, alle _____ Stunden
<input type="checkbox"/> sturzgefährdet	<input type="checkbox"/> benötigt Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Bobath Lagerung
<input type="checkbox"/> benötigt Hilfe beim Gehen	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> 30° Lagerung
<input type="checkbox"/> benötigt Gehstock	(ohne Lagerung)	<input type="checkbox"/> sonstige: _____
Hilfe beim Transfer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher Art: _____		
<input type="checkbox"/> Häufigkeit: _____		<input type="checkbox"/> Patient kann aktiv mithelfen
		<input type="checkbox"/> Teilhilfe des Patienten
		<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme Pflegepersonal

Kommunikation/Orientierung:

<input type="checkbox"/> spricht/versteh deutsch	<input type="checkbox"/> fremdsprachig: _____
sprachliche Einschränkungen:	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> sensorische Aphasie <input type="checkbox"/> motorische Aphasie <input type="checkbox"/> Heiserkeit
<input type="checkbox"/> sonstige: _____	(Störung Wortfindung) (Störung Wortbildung)

Seheinschränkungen:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> kurzsichtig	<input type="checkbox"/> Makuladegeneration
<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> weitsichtig	Sehvermögen zu _____ % vorhanden <input type="checkbox"/> blind

Höreinschränkungen:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> gehörlos
--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Bewusstseinszustand/Vigilanz:

<input type="checkbox"/> klar ansprechbar	<input type="checkbox"/> zeitweise nicht orientiert	<input type="checkbox"/> depressiv
<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> somnolent (Benommenheit)	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz
(zeitlich, personell, örtlich, situativ)	<input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____

Schmerzen:

Schmerzwert in die Skala eintragen: R = Ruheschmerz B = Belastungsschmerz											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Grund: _____
(Legende: 0 = kein Schmerz 10 = stärkster vollstellobarer Schmerz)											
Behandlung in Schmerzambulanz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein											

Ruhe und Schlafen:

<input type="checkbox"/> Einschlafprobleme	<input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme	<input type="checkbox"/> veränderter Tag/Nacht-Rhythmus
<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> hält gerne Mittagsschlaf	
(Atemaussetzer)		
gibt es eine Medikation zum Schlafen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____		
sind nächtliche Einsätze notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. _____ Mal / Nacht		
Art: _____		

Benötigte Hilfe bei Körperpflege und anderen Tätigkeiten:

	selbstständig	unter Anleitung	teilw. selbstständig	komplette Übernahme
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen	<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"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden/Auskleiden	<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"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewohnheiten / Probleme bei der Durchführung der Körperpflege:	<input type="text"/>			
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

Atmung:

Atemtraining:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ruhedyspnoe (erschwerterte Atmung)	<input type="checkbox"/> Belastungsdyspnoe (erschwerterte Atmung)
---------------	--	-------------------------------	--	--

Hautzustand:

Hauttyp:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> Mischhaut	<input type="checkbox"/> fettige Haut	<input type="checkbox"/> Altershaut	<input type="checkbox"/> Pergamenthaut
Hauterkrankungen:	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch				
Dekubitus:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wo? <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> 1. Grad	<input type="checkbox"/> 2. Grad	<input type="checkbox"/> 3. Grad	Größe: <input type="text"/> x <input type="text"/> cm		

Ernährung:

<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> ohne Schwein	<input type="checkbox"/> ohne Rind	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> passierte Kost
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> spezielle Diät	<input type="checkbox"/> salzarm	<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> erhöhte Gefahr des Verschluckens		
Nahrungsalergien:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input type="text"/>		
Hilfe bei der Nahrungszubereitung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> komplett unterstützend	
	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Port		
Ernährungszustand:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> kachektisch (Abmagerung)	
Trinkmenge:	min. <input type="text"/> ml/Tag		max. <input type="text"/> ml/Tag	

Ausscheidung:

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermehrter Harndrang	<input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen in der Nacht	
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> beginnende Inkontinenz	<input type="checkbox"/> entwässernde Medikation	
	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> häufig Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Anus Praeter
Inkontinenzversorgung:	Vorlagen: _____ Stück/Tag	_____ Stück/Nacht	
	Windeln: _____ Stück/Tag	_____ Stück/Nacht	

Tagesstruktur:

Morgens	<input type="checkbox"/> wecken um: _____ Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> _____ x pro Woche	
Grundsätzliches (allgemeine Hinweise / Besonderheiten im Umgang):		
Vormittags:		
Mittags:		
Abends:		

Hobbys des Kunden / psychosoziale Hinweise / Gewohnheiten / Vorlieben:

Betreuung:

Gewünschter Beginn der Betreuung: _____
Dauer der Betreuung: <input type="checkbox"/> ungewiss <input type="checkbox"/> 1 Monat <input type="checkbox"/> bis 3 Monate <input type="checkbox"/> länger als 3 Monate

Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Personal

Wohnsituation allgemein:				
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> ländlich	<input type="checkbox"/> Anzahl Zimmer
<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> qm Wohnfläche

Ausstattung des Wohnbereichs der Betreuungskraft:					eigener Wohnbereich		eigenes Zimmer		
<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> PC	<input type="checkbox"/> Internet		
Nachteinsätze:									
<input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> ab und zu		<input type="checkbox"/> häufig		<input type="checkbox"/> jede Nacht, ca. ____ Mal			
Freizeit:									
<input type="checkbox"/> 2-3 Std./Tag		<input type="checkbox"/> 1/2 Tag/Woche		<input type="checkbox"/> 1 Tag/Monat		<input type="checkbox"/> nach Absprache			
Anforderungen:									
Geschlecht:			<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal		Alter: ____ bis ____ Jahre		<input type="checkbox"/> egal
Sprachkenntnisse:									
<input type="checkbox"/> 1 = sehr gut			<input type="checkbox"/> 2 = gut		<input type="checkbox"/> 3 = befriedigend		<input type="checkbox"/> 4 = ausreichend		
Ausbildung:									
<input type="checkbox"/> diplomierte Krankenschwester				<input type="checkbox"/> Seniorenbetreuerin/Hauswirtschaftskraft					
Rauchen:									
<input type="checkbox"/> absoluter Nichtraucher			<input type="checkbox"/> egal		<input type="checkbox"/> Raucher		<input type="checkbox"/> Raucher, aber nur draußen		
Führerschein:									
<input type="checkbox"/> egal			<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, mit Fahrpraxis		<input type="checkbox"/> Pkw vorhanden		

Haushalt:

Haushaltsführung inkl. Kochen, Wäsche, Hausputz, Einkaufen etc.					<input type="checkbox"/> für 1 Person		<input type="checkbox"/> für 2 Personen	
Müssen noch weitere Personen im Haushalt versorgt werden:					<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja: _____	
Zusätzliche Anforderungen zur Haushaltsführung:								
Begleitung bei Arztbesuchen:		<input type="checkbox"/> immer		<input type="checkbox"/> manchmal		<input type="checkbox"/> nie		
Kochen:		<input type="checkbox"/> gut kochen		<input type="checkbox"/> nein, weil:		_____		
Gartenarbeit:		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> freiwillig		<input type="checkbox"/> ja, was: _____		
Haustiere:		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja und zwar:		_____		
mit versorgen?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		_____		

Welche Erwartungen/Vorstellungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Einwilligungserklärung / Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit und meine Religionszugehörigkeit, von der Pflege zu Hause Küffel GmbH zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages eines ausländischen Leistungserbringungsunternehmens zum Einsatz einer ausländischen Betreuungsperson erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit und meine Religionszugehörigkeit, von der Pflege zu Hause Küffel GmbH an Leistungsunterbringungsunternehmen mit Sitz in Osteuropa weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zum Zweck der Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die genannten Dritten keiner gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, allerdings mit der Folge, dass eine Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages in dem Fall nicht möglich ist.

Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Pflege zu Hause Küffel GmbH, Steintorweg 8, 20099 Hamburg,
Tel.: 040-2800 854-0, Fax: 040-2800 854-10, E-Mail: kontakt@pflegezuhause.info

Soweit ich Daten in diesen Erhebungsbogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen sowie auftretende Änderungen unverzüglich an Pflege zu Hause Küffel GmbH zu melden sind. Diese Angaben werden streng vertraulich und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet.

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____