

Fragebogen pflegeunterstützende Haushaltshilfe.

Dieser Fragebogen ist die Grundlage für die Erstellung eines unverbindlichen, kostenlosen Angebots. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens keinen Vertragsabschluss eingehen. Bitte geben Sie alle Daten wahrheitsgemäß an, da dieser Fragebogen auch die Grundlage und Bestandteil eines eventuellen Dienstleistungsvertrages ist. Die uns in diesem Fragebogen anvertrauten Informationen werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet. Sie dienen ausschließlich der Suche nach einer geeigneten, pflegeunterstützenden Haushaltshilfe.

Ansprechpartner:		Leistungsempfänger:	
Vorname AP		Vorname LE:	
Attention		Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:		Straße Nr.:	
Postleitzahl / Ort:		Postleitzahl / Ort:	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Telefonnummer (Büro):		Telefonnummer (Mobil):	
Telefonnummer (Mobil):		Größe cm Gewicht Kg	
E-Mail:		Pflegegrad	
Verwandtschaftsgrad		Wohnt alleine?	
Vertragspartner		Rechnungsempfänger	

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Fläche / m2:

Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Der gewünschte Ankunftsort ist:

Leben Angehörige im Haushalt? Ja Nein Wer?

Hilfebedürftig ? Ja Nein (Bei ja, 2 Fragebögen ausfüllen)

Wer kommt warum / wie oft zu Besuch?

Soll für diese Personen hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden? Ja nein

Wenn ja, welche?

Befinden sich Haustiere im Haushalt? Ja nein Welche ?

Soll Versorgung übernommen werden? Ja nein Welche ?

I. Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Diagnosen:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Sprachprobleme |
| <input type="checkbox"/> Sehschwäche | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Diagnosen: | | | |

Aktuelle Therapien:

- keine Krankengymnastik Logopädie sonstige:

Mentaler Zustand des Leistungsempfängers:

- klar dem Alter entsprechend Dement verwirrt apathisch depressiv aggressiv

Sprache: keine mäßige massive Probleme

Hörvermögen: keine mäßige massive Probleme

Sehkraft: keine mäßige massive Probleme

Verstehen: keine mäßige massive Probleme

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Leistungsempfängers:

Mobilität / Bewegung:

- selbstständig mit Unterstützung Rollator Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel: Gehstock Rollator Rollstuhl sonstiges

Transfer Bett / Rollstuhl:

- selbstständig hilfsbedürftig komplett hilfsbedürftig heben erforderlich bettlägerig / kein Transfer

Muss LN gehoben werden? ja nein Kann er mithelfen? ja nein

Hilfsmittel: Pflegebett Lift Treppenlift Dekubitus Matratze sonstiges

Orientierung:

Zeitlich: ja zeitweise massive Probleme

Örtlich: ja zeitweise massive Probleme

Persönlich: ja zeitweise massive Probleme

Ein- / Durchschlafen:

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus ist gestört

Wie oft steht der Leistungsempfänger nachts auf:

1mal 2 - 3 mal mehr als 3 mal Bekommt Schlafmittel: ja nein

Ist eine regelmäßige, nächtliche Betreuung erforderlich? ja nein

Wie läuft diese ab?

Besteht die Möglichkeit, den Schlaf tagsüber nachzuholen? ja nein

Körperpflege / Hygienemaßnahmen:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständig Unterstützung
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<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"/>
Gesäß / Beine:	<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"/>
Haare kämmen / 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"/>
Handpflege:	<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"/>

Urin- und Stuhlkontrolle:

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) mit Unterstützung inkontinent

Hilfsmittel: Windeln Einlagen Urinflasche

Toilettenstuhl suprapubischer Katheter Katheter Stoma / künstlicher Ausgang

An- / Auskleiden:

selbstständig braucht wenig Hilfe braucht viel Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen / Trinken:

selbstständig braucht Hilfe z. B. beim Schneiden muss gefüttert werden vollständig hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen:

keine Störungen PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät:

keine falls ja, welche:

Bemerkungen:

Erforderliche Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

Tätigkeit	nicht erforderlich	täglich	wöchentlich	monatlich
Zubereitung Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung Zwischenmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechtes Servieren der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getränke reichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschirr spülen und aufräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bett machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ab- und Beziehen des Bettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen / Bügeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkauf / Besorgungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenster putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gardinen waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teppiche saugen / Böden wischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staub wischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badezimmer putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenhausreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmerpflanzen pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garten pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erforderliche allgemeine Betreuung:

Tätigkeit	nicht erforderlich	täglich	wöchentlich	monatlich
aktivierende Betreuung (Spiele etc.) ,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spazieren gehen ohne mit Rollstuhl/Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung/gemeinsame Ausflüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung (Arzt, Friseur usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsübungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Kontakte (Kaffeenachmittage usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst: ja nein Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst: Grundpflege ja nein Medizinische Pflege ja nein

Beschreibung:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

II. Besondere Anforderungen und Rahmenbedingungen

Führerschein / Raucher / Tierlieb / körperlich belastbar

ja, mit Fahrpraxis nein Raucher ja nein Tierlieb ja nein Kräftige Person ja nein

Sonstiges:

Ausstattung des Zimmers / der Zimmer für den / die Mitarbeiter / -in:

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Internet TV Telefon

Sonstige wichtige Hinweise:

Dieser Fragebogen wird im Falle einer Auftragserteilung Bestandteil des Dienstleistungsvertrags. Ich versichere daher, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung.

Ort, Datum

Unterschrift