



Fragebogen zur Bedarfserfassung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Sollen mehr als eine Person betreut werden, bitten wir Sie, zwei Fragebögen auszufüllen.

Kontaktperson

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Titel	<hr/>	
Vorname	<hr/>	
Nachname	<hr/>	
Straße und Hausnummer	<hr/>	
PLZ	<hr/>	
Ort	<hr/>	
Handynummer	<hr/>	
Telefonnummer im Büro	<hr/>	
Private Telefonnummer	<hr/>	
E-Mail-Adresse	<hr/>	
Beziehung (Verwandtschaftsgrad)	<hr/>	
zur betreuten Person	<hr/>	

Ich habe Interesse an

- Betreuung in häuslicher Gemeinschaft („24-Stunden-Betreuung“)
- Ambulanter Fachpflege
- Betreuung in häuslichem Umfeld und Fachpflege aus einer Hand



Zu betreuende Person

Anrede Herr Frau

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ _____

Ort _____

Private Telefonnummer _____

Handynummer _____

E-Mail-Adresse _____

Größe in cm _____

Gewicht in kg _____

Geburtsdatum _____

Wohnt die Person alleine? ja nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt? _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegekasse: _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5 Kein Pflegegrad

Erfolgt zzt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ja nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden? ja nein

Wie oft kommt der Pflegedienst? _____

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst

Grundpflege Behandlungspflege hauswirtschaftliche Tätigkeit

Entlastungsleistungen (131 €) Zubereitung von Mahlzeiten



Diagnosen/Beeinträchtigungen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Allgemeine Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Ödeme | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> PEG/Magensonde | <input type="checkbox"/> Oberschenkelhalsfraktur | <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Maculardegeneration | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> schwere psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |

Ansteckende Krankheiten: ja nein
 MRSA Herpes Zoster HIV Hepatitis ESBL Sonstige _____

Krebserkrankungen: ja nein
Lokalisation: Knochen Gehirn Magen/Darm-Trakt Sonstige _____

Allergien:

- Keine bekannt
- Lebensmittel _____
- Medikamente _____
- Sonstige _____

Ärztlich angeordnete Therapien:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> regelmäßige Medikamenteneinnahmen | <input type="checkbox"/> Inhalationen |
| <input type="checkbox"/> Injektionen | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Kompressionsverbände |
| <input type="checkbox"/> Blutzucker messen | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig bei Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Langzeit-Sauerstofftherapie |



zusätzliche Informationen hierzu - siehe Legende unten auf dieser Seite

Kommunikation möglich?

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Brille vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Orientierung vorhanden?

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewegung

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel zur Bewegung vorhanden?

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Gehstock
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Patientenlift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze
<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> mobiles oder festes Sauerstoffgerät
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

selbstständig:

Keine Hilfsperson, kein Hilfsmittel nötig

bedingt selbstständig:

mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

teilweise unselbstständig:

mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

unselbstständig:

mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson



zusätzliche Informationen hierzu - siehe Legende unten auf dieser Seite

Körperpflege

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Gesicht	<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"/>
Unterkörper	<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"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel für die Körperpflege vorhanden? keine

behindertengerechtes Bad Haltegriffe an WC/Waschbecken Badelifter Duschsitz

Ausscheidungen

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel für die Ausscheidung vorhanden? keine

Windeln Vorlagen Urinflasche künstlicher Darmausgang
 Bettpfanne Katheter WC Stuhl Toilettensitzerhöhung

Toilettengang

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An-/Auskleiden

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

selbstständig: Keine Hilfsperson, kein Hilfsmittel nötig

bedingt selbstständig: mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson

teilweise unselbstständig: mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig

unselbstständig: mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson



zusätzliche Informationen hierzu - siehe Legende unten auf dieser Seite

Essen/Trinken

selbstständig bedingt selbstständig teilweise unselbstständig unselbstständig

Auf ausreichende Nahrungsaufnahme/Trinkmenge achten? ja nein

Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme vorhanden? keine

Sondennahrung

Schnabelbecher

ergonomisches Besteck und Teller

Diät ja nein wenn ja, welche?

diabetikerangepasste Kost

Schonkost

kohlenhydratreduzierte Kost

vegetarisch

Therapien

keine

Aktuelle Therapien:

Krankengymnastik

Ergotherapie

Lymphdrainage

Sonstige: _____

Ein-/Durchschlafen

Steht der/die Betreute nachts auf? nein 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Ist nachts Hilfe nötig? ja nein

Welche Hilfe ist nachts nötig? WC Gang Einlagenwechsel Zubereitung Nacht Mahlzeit

Orientierungshilfe (Erinnerung an Tag/Nacht, Hilfestellung um das Bett aufzufinden)

Sonstige: _____

Soziale Bereiche des Lebens:

Regelmäßiger Besuch von Freunden/Familie/Nachbarn: ja nein

Teilnahme an Seniorenkreisen: ja nein

Besuch in einer Tagespflegeeinrichtung: ja nein

Kirchenbesuche: ja nein

- selbstständig:** Keine Hilfsperson, kein Hilfsmittel nötig
- bedingt selbstständig:** mit Hilfsmittel, aber ohne Hilfsperson
- teilweise unselbstständig:** mit Hilfsmittel und teilweise Anleitung oder Übernahme durch Hilfsperson nötig
- unselbstständig:** mit Hilfsmittel, mit Hilfsperson



Hauswirtschaftliche Leistungen keine

Haustiere: wenn ja, welche? Hund Katze Nutztierhaltung Kleintier in Käfighaltung

Versorgung der Haustiere ja nein

Kochen/Essensvorbereitung ja nein

Reinigung der Wohnung ja nein

Wäsche waschen ja nein

Bügeln ja nein

Pflege Außenbereich ja nein

Winterdienst ja nein

Begleiten bei Arztbesuchen ja nein

Gibt es eine Haushaltshilfe? ja nein

Kommt sie weiterhin? ja nein

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz?

Welche Informationen zu der betreuten Person sind Ihnen noch wichtig (z. B. beliebte Beschäftigungen, Besonderheiten im Umgang, usw.)

Hier genügen lediglich Stichworte, auf die wir dann im Detailgespräch näher eingehen können.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-



Anforderungen an den Hausengel

Geschlecht weiblich männlich nicht relevant

Alter von _____ bis _____

Darf der Hausengel rauchen? ja, draußen nein

Gegebenheiten vor Ort

Einwohneranzahl _____

Lage Stadtzentrum Stadtrand Vorort

Dorf Alleinlage

Wohnungsgröße in m² _____

Etagen _____

Zimmer _____

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß in Minuten _____

Nächster Ansprechpartner im Notfall wohnt im gleichen Haus auf gleichem Grundstück

im gleichen Ort im Umkreis von 20 km

nicht in der Nähe

Ausstattung des Zimmers für den Hausengel

Außenfenster eigenes Bad Bett WLAN

Tisch Schrank Radio

TV Telefon Fahrrad

Wunschkdauer des Einsatzes (min. 4 Wochen)

dauerhaft Verhinderungsbetreuung

Monate _____

geplanter Beginn _____



Hausengel
rundum versorgt

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

Hier genügen lediglich Stichworte, auf die wir dann im Detailgespräch näher eingehen können.

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Wir sind für Sie da!

Hausengel GmbH
Tulpenweg 1
35085 Ebsdorfergrund-Heskem
Telefon: 06424 / 92 83 70
Fax: 06424 / 92 83 770
E-Mail: info@hausengel.de

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz aus der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in ihrer jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Er verpflichtet sich in diesem Zusammenhang insbesondere, geeignete technische und organisatorische Maßnahmen (TOMs) zu ergreifen, um den Schutz der personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten des Leistungsempfängers sicherzustellen.

Um seinen Verpflichtungen zu entsprechen, stellt der Leistungserbringer ferner sicher, dass sämtliche seiner Mitarbeiter/innen zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Verpflichtungen und der Verschwiegenheit verpflichtet werden.

Der Patient willigt ein, dass eine Datenübermittlung der personenbezogenen Daten an den Subunternehmer stattfinden darf.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Betreuer