

Nr.

Name

Fragebogen 24h Pflege

Ihr direkter Ansprechpartner

Holger Schütte Tel. 05252 – 26 92 660

1. Ansprechpartner

| | |
|---------|--|
| Vorname | Name |
| PLZ Ort | Strasse |
| Telefon | beste Erreichbarkeit von _____ bis _____ |
| eMail | |

gesetzlicher Vertreter / Betreuer

2. Persönliche Daten der pflegebedürftigen Person

gewünschter Start:

| | |
|--|--|
| Vorname | Name |
| PLZ Ort | Strasse |
| Alter Größe cm Gewicht | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| Gründe der Betreuungsbedürftigkeit <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> schwerer Sturz <input type="checkbox"/> altersbedingte Gebrechlichkeit | Sonstige Gründe |
| Pflegebedürftige Person ist <input type="checkbox"/> voll mobil, bewegt sich eigenständig <input type="checkbox"/> teilweise immobil, jedoch noch mit Rollator <input type="checkbox"/> vollständig immobil und im Bett <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | Fortsetzung <input type="checkbox"/> Sehschwäche <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Diät / Schonkost |
| <input type="checkbox"/> Einpersonenhaushalt | <input type="checkbox"/> Mehrpersonenhaushalt mit _____ Personen |
| | <input type="checkbox"/> 2. Person ohne Pflegebedarf <input type="checkbox"/> 2. Person mit Pflegebedarf (bitte zweiten Bogen ausfüllen) |
| Hobbies, Interessen <input type="checkbox"/> Spaziergänge <input type="checkbox"/> Kirche <input type="checkbox"/> Kunst <input type="checkbox"/> Museum <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Tanz <input type="checkbox"/> Tiere <input type="checkbox"/> Kreuzworträtsel <input type="checkbox"/> Hörbücher <input type="checkbox"/> Kochen/Backen <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> gesellige Treffs Sonstiges: | früherer Beruf _____ Bitte beschreiben Sie Wesensart pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> lebhaft <input type="checkbox"/> humorvoll <input type="checkbox"/> kommunikativ <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> eine Pflegekraft wird akzeptiert |

Nr. _____

Name _____

3. Leistungen

| gewünscht | vorhanden | Leistungen | Notiz |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24-Stunden Pflege | Start: |
| <input type="checkbox"/> | | Lfd. Qualitätskontrolle der 24-h Pflege | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tagespflege x pro Woche | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pflegedienst ___ x tgl. ___ x wöchentlich | <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Medikation <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hausnotruf | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Physiotherapie nach ärztl. Verordnung | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ergo-Therapie nach ärztl. Verordnung | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Logopädie nach ärztl. Verordnung | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beratung zur Pflegeausstattung, z.B. Pflegebett, etc. | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme an Selbsthilfegruppe / Seniorengruppe vor Ort | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Palliativ-Netzwerk | |

4. Anforderung an 24 h Pflegekraft

Geschlecht weiblich männlich unwichtig
 deutsche Sprachkenntnisse
 kommunikativ fortgeschrittene Sprachkenntnisse
 Wir bevorzugen erfahrene Kräfte im Alter von 45 +, die bereits durch Referenzen ihre Erfahrung belegen können. Auf Grundlage des persönlichen Gesprächs und Ihrem Hilfebedarf wählen wir gemeinsam eine geeignete Betreuungskraft aus. Diese ist auf den Einsatz in deutschen Haushalten vorbereitet und verfügt mindestens über Grundkenntnisse der deutschen Sprache und Kultur.

Besondere Wünsche / Kompetenzen an Pflegekraft:

Pflegekraft darf außerhalb rauchen unwichtig soll bitte Nichtraucher sein

PKW-Führerschein gewünscht ja Fahrrad ist verfügbar

Bereitstellung für die Pflegekraft

Zimmer, möbliert Badezimmer-Benutzung Bett Kleiderschrank
 Telefon mitbenutzbar Interzugang / WLAN

Freizeit für Pflegekraft: 1 Tag pro Woche 2 x ½ Tag pro Woche

5. Vorhandene Hilfsmittel

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Lifter | <input type="checkbox"/> Treppenlifter | <input type="checkbox"/> Wannenslifter |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Haltegriffe | <input type="checkbox"/> Hausnotruf |

6. Körperpflege

| Hilfebedarf bei | ohne Hilfe | Aufsicht | Teilübernahme | volle Übernahme | Häufigkeit / Tag | Externe Übernahme |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|
| Ganzkörperwäsche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Intimbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Zahnpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Kämmen | <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"/> | | |
| Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Wechsel von Windeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Richten der Kleidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

7. Ernährung

| Hilfebedarf bei | ohne Hilfe | Aufsicht /Anleitung | Teilübernahme | volle Übernahme | Häufigkeit / Tag | Notiz |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-------|
| Anreichen / Aufnahme der Nahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Medikamenteneinnahme selbständig unter Anleitung _____

Nr. _____

Name _____

8. Mobilität

| Hilfebedarf bei | ohne Hilfe | Aufsicht | Teilübernahme | volle Übernahme | Häufigkeit / Tag | Notiz |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-------|
| Aufstehen/ Zu-Bett-Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Ankleiden/Entkleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Verlassen der Wohnung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

9. Wohnlage

Pflegebedürftige Person lebt im Haus Wohnung
 Es gibt einen Garten Terrasse Balkon
 städtisch-zentral Stadtrandlage
 ländlich

| Entfernungsangaben | erreichbar in Minuten | zu Fuß | per Fahrrad | per Bus | nur per PKW |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einkaufsmöglichkeiten | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apotheke | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arzt | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Haushalt

| Hilfebedarf | Häufigkeit wöchentlich | Hinweise/Anmerkung |
|--|------------------------------|---|
| Einkaufen | <input type="checkbox"/> 2 x | <input type="checkbox"/> übernimmt Familie <input type="checkbox"/> 24 h Pflege <input type="checkbox"/> |
| Kochen / Spülen | <input type="checkbox"/> 7 x | <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten <input type="checkbox"/> vegetarisch |
| Reinigen der Wohnung | <input type="checkbox"/> 2 x | <input type="checkbox"/> Putzhilfe ist vorhanden |
| Wechseln / Waschen der Wäsche | <input type="checkbox"/> 2 x | |
| Hauttierversorgung <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze | | |

11. Kommunikation

| Nr. | | ja | nein |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Unkontrolliertes Verlassen der Wohnung / Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Verkennen / Verursachen gefährdender Situationen / Gegenständen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Unfähigkeit Gefühle / Bedürfnisse wahrzunehmen (z. B. Hunger / Durst / Schmerz) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Störungen der Gedächtnisses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | werden häusliche Umgebung / Angehörige / Pflegepersonal erkannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Starke Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Sturzrisiken

| | |
|--|--|
| Gang und Gleichgewicht | <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Körperbalance/Gleichgewichtsstörung |
| Veränderte Mobilität/Motorik | <input type="checkbox"/> MS, Parkinson, apoplektischer Insult, Polyneuropathie, Osteoarthritis, Krebserkrankung, schlechter Allgemeinzustand, Demenz |
| Funktionseinbußen | <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung, z.B. reduzierte Kontrastwahrnehmung / Sehschärfe <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung |
| Erkrankungen, die zur Ohnmacht führen können | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| Medikamente | <input type="checkbox"/> Einnahme von Sedativa / Psychopharmaka |
| Sturzgefährdung durch | <input type="checkbox"/> schlechte Beleuchtung / glatte Böden / Stolperfallen / mangelnde Haltemöglichkeiten |
| Stürze | <input type="checkbox"/> in den letzten 6 Monaten |

Nr. _____

Name _____

13. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Pflegestützpunkt
 Krankenkasse / Pflegekasse
 Krankenhaus / Reha
 Arzt
 Internet
 Empfehlung
 Sozialdienst
 Tagespflege
 ambulanter Pflegedienst
 Kurzzeitpflege

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Danke für Ihre Aufmerksamkeit. Bitte senden Sie uns den Fragebogen zurück.
 Per Email, per Fax, per Post.

Schütte Betreuung Zuhause gGmbH
Wilhelmstr. 24
33175 Bad Lippspringe
Email: h-schuette@schuette-betreuung-zuhause.de
Fax 05252 – 26 92 663

Wir setzen uns schnell mit Ihnen in Verbindung.

Ihre Meinung interessiert uns Hatten Sie schon eine 24 h Pflege? ja nein

| Was ist für Sie wichtig? | wichtig | weniger wichtig |
|--|---------|-----------------|
| Anschluss-Betreuung nach Krankenhausaufenthalt, Reha od. Kurzzeitpflege | | |
| Versorgungskonzept: 24h Pflege mit indiv. Kombination weiterer Dienste | | |
| Kommunikative Sprachkenntnisse der Pflegekräfte | | |
| laufende Qualitätssicherung, d.h. Einarbeitung und Qualitätsvisiten | | |
| Harmonische Zusammenarbeit mit Pflegekraft | | |
| Erfahrene, weibliche Pflegekräfte über 45 Jahre | | |
| Faires Preis-Leistungsverhältnis | | |
| Legale Beschäftigung der Pflegekräfte- Einsatz von festem Personal | | |
| Zuverlässige Hilfe im Haushalt u. Gesellschafterin für pflegebedürft. Person | | |
| Ersatzlösung bei Ausfall, Krankheit oder Unzufriedenheit | | |
| Bringservice - Pflegekraft wird direkt in Pflege-Haushalt gebracht | | |
| Schnelle Reaktion des Trägers bei Problemen | | |
| Fester Ansprechpartner - alles aus einer Hand | | |
| Faire, kontrollierte Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte | | |
| Gesprächsrunden für Angehörige | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Datenschutz

Schütte Betreuung Zuhause gGmbH nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Ihre Daten werden zur zweckbestimmten Nutzung verwandt. Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten jederzeit verantwortungsvoll und unter strenger Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen. Ihre Daten werden ab dem Zeitpunkt einer ersten Anfrage über die gesamte Vertragsdauer erhoben und in unserem System gespeichert. Wir treffen hierbei alle notwendigen Maßnahmen, um Ihre Daten vor Verlust oder Missbrauch zu schützen. Personenbezogene Daten werden nur an Opieka 24 Schuette SP. z o.o. weitergegeben, insofern dies für die Vertragsabwicklung notwendig ist und Sie zuvor in die Weitergabe eingewilligt haben.

Datenübermittlung an Opieka 24 Schuette SP. z o.o.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dieser Erhebungsbogen im Rahmen meiner 24h-Betreuung zum Zwecke der Arbeitsvorbereitung verwendet wird.

Ja, ich bin damit einverstanden

Nein, ich bin damit nicht einverstanden

 Ort, Datum

 Unterschrift