



Kundenfragebogen zur Ermittlung des Pflegebedarfs

pflegebedürftige Person im Haushalt

Name: _____ Vorname: _____

Straße Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geb.dat.: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

weitere Person im Haushalt:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.dat.: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Kontaktperson/ Ansprechpartner

Name: _____ Vorname: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Straße Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email: _____

Die Betreuungsübernahme soll nach Möglichkeit erfolgen:

schnellstmöglich in 5 - 9 Werktagen

in 2-4 Wochen

noch unklar



Beratungsgespräch

- Ich möchte eine telefonische Beratung, bzw. Videochat
- Ich möchte einen Termin in Ihrem Büro
- Ich möchte einen Termin für einen Hausbesuch
- Ich benötige zusätzlich eine Pflegeberatung

Mein Wunschtermin ist am _____ um _____ Uhr

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- durch persönliche Empfehlung von _____
- durch das Internet (welche Seite?) _____
- durch eine Anzeige (in welchem Medium?) _____
- durch Ihren Flyer/Prospekt (wo erhalten?) _____

Betreuungskategorie

- Kategorie A – eine pflegebedürftige Person im Haushalt
- Kategorie B – zwei pflegebedürftige Personen im Haushalt
- Kategorie C – Individualangebot*

Info: Individualangebot zum Einsatz von zwei Betreuungskräften gleichzeitig aufgrund großer psychischer/physischer Belastungen.

Im Haushalt des/der Pflegebedürftigen lebt/leben folgende, weitere Person/ Personen

- Eine weitere Person (Verwandtschaftsverhältnis) _____
- Mehrere Personen (Verwandtschaftsverhältnis) _____

Betreuungssituation der pflegebedürftigen Person

Es besteht bereits eine Einstufung in

- | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|----------|----------------------------------------------------------|------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 | Pflegegeld | 0,00 € | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 | Pflegegeld | 728,00 € |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 | Pflegegeld | 316,00 € | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 | Pflegegeld | 901,00 € |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 | Pflegegeld | 545,00 € | <input type="checkbox"/> Eine Einstufung wurde beantragt | | |

Info: Das Pflegegeld wird Ihnen immer dann in voller Höhe ausbezahlt, wenn Sie für die Grundpflege keinen ambulanten Pflegedienst beauftragen. Die Grundpflege der zu betreuenden Person kann von der Betreuungskraft übernommen werden und wird im mit ihr zu schließenden Dienstleistungsvertrag schriftlich festgehalten.



Ergänzend zu einer 24-Stunden-Betreuung wird ebenfalls eingesetzt:

- ambulanter Pflegedienst Hausnotruf Gärtner
 medizinische Fußpflege Putzhilfe/Reinigungskraft

Der Pflegedienst übernimmt folgende Leistungen:

- Grundpflege _____ mal pro Tag
 Behandlungspflege: Regelmäßige Medikamentengabe
 Injektionen/Infusionen
 Blutzucker/Insulingabe
 Kompressionsverbände
 Kompressionsstrümpfe
 Inhalationen
 Wundversorgung (Dekubitus)
 Einläufe (bei Verstopfung) /Darmentleerung
 Versorgung Urinkatheter/Stoma
 Quick/Blutverdünner

Info: Tätigkeiten aus dem Bereich Behandlungspflege dürfen nicht von einer Betreuungskraft übernommen werden!

Die zu betreuende Person leidet unter den nachfolgenden Erkrankungen:

- Allgemeine Altersschwäche
 COPD/Asthma
 Depressionen
 Herzerkrankungen (welche?): _____
 Suchterkrankungen (welche?): _____
 Gefäßerkrankungen (welche?): _____
 Makuladegeneration (Grad der Erblindung) links: _____% rechts: _____%
 Schwerhörigkeit links rechts
 Dekubitus (wo? Grad?): _____
 Multiple Sklerose (MS)
 Rheuma
 Arthrose
 Osteoporose
 Diabetes Insulin medikamentöse Behandlung
 Niereninsuffizienz Dialyse medikamentöse Behandlung



Demenz / Alzheimer - Krankheitssymptome:

- Kurzzeitgedächtnis Desorientierung Hinlauftendenzen
 motorische Unruhe Aggressionen
 andere Symptome _____

Parkinson

- fortgeschritten beginnend mit strengem Medikationsplan
 Zusatzinformationen _____

Polyneuropathie

- fortgeschritten beginnend kurze Symptombeschreibung:

Ansteckende Erkrankungen

- MRSA HIV Herpes Zoster Hepatitis B/C Hautpilz ESBL
 Sonstige: _____

Meldepflichtige Erkrankungen in der kürzeren Vergangenheit (z.B. Krätze)

- ja (welche?) _____
 nein

Zustand nach Schlaganfall

- Zeitpunkt des letzten Schlaganfalls (Jahr) _____
 Lähmung re. (mit Restbewegung) Lähmung re. (ohne Restbewegung)
 Lähmung li. (mit Restbewegung) Lähmung li. (ohne Restbewegung)
 Sprachstörungen Schluckbeschwerden Atembeschwerden
 Zusatzinformationen _____

Zustand nach Amputation

- Zeitpunkt der Amputation (Jahr) _____
 Zusatzinformationen _____



Krebserkrankungen

Zeitpunkt des letzten Ausbruchs (Jahr) _____

Art der Krebserkrankung _____

- akuter Zustand mit:
- Chemotherapie
 - Strahlentherapie
 - unbehandelt

Akuter Zustand nach Sturz

mit Folge von Fraktur/en mit Folge von Prellung/en

betroffene/s Körperteil/e: _____

Bettlägerigkeit dauerhaft - Mobilisation nicht notwendig

- Kontrakturrenprophylaxe Dekubitusprophylaxe (regelmäßige Lagerung)
- Pneumonieprophylaxe
- die zu betreuende Person leistet Hilfe bei der Lagerung
- die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe bei der Lagerung

Bettlägerigkeit temporär - Mobilisation notwendig

- Kontrakturrenprophylaxe Dekubitusprophylaxe (regelmäßige Lagerung)
- Pneumonieprophylaxe
- die zu betreuende Person leistet Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen
- die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen

Hilfsmittel für Bettlägerigkeit

- Anti-Dekubitus-Matratze Aufstehhilfe Patientenlift Pflegebett

Die zu betreuende Person wiegt ca. _____ und ist ca. _____ cm groß.

Bewegung

Stehen: sicher unsicher gar nicht

Gehen: sicher unsicher gar nicht

die zu betreuende Person leistet Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen

die zu betreuende Person leistet **keine** Hilfe beim Aufstehen/Hinsetzen



Vorhandene Hilfsmittel für Mobilisation

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstütze | <input type="checkbox"/> Patientenlift |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> Scala Mobil | <input type="checkbox"/> Prothese (Art): _____ | |

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"/>
Intimbereich	<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"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel für die Körperpflege

- | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> behindertengerechtes | <input type="checkbox"/> Bad mit Dusche | <input type="checkbox"/> mobiler Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Haltegriffe Dusche/WC | <input type="checkbox"/> Duschsitz | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |

Ausscheidungen und Toilettengang

	selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbstständig	unselbstständig
Ausscheidungen	<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"/>

Hilfsmittel für Ausscheidungen und Toilettengang

- | | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windel/Einlagen | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettensitz-Erhöhung | |
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Urinkatheter | <input type="checkbox"/> Bettpfanne | <input type="checkbox"/> Stoma |



Nahrungs- u. Flüssigkeitsaufnahme

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

Auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme muss geachtet werden

Ja nein, isst/trinkt gerne

Besonderheiten bei Diät

- diabetikergerechte Kost Schonkost pürierte Kost
 kohlenhydratreduzierte Kost vegetarische Kost

Hilfsmittel für die Nahrungsaufnahme

- PEG-Sonde inkl. Sondernahrung ergonomisches Besteck u. Geschirr
 Schnabeltasse

Ein- und Durchschlafen

Die zu betreuende Person steht nachts auf

- ja nein
 ca. 1 mal ca. 2 mal 3 mal und mehr

notwendige Hilfen in der Nacht

- Keine Windel/Einlagenwechsel Nachtmahlzeiten
 Beruhigen Orientierungshilfe (z.B. Bett finden) Toilettengang
 Sonstiges: _____

Soziale Bereiche des Lebens

- Regelmäßige Besuche von Freunden/Familie/Nachbarn ja nein
Teilnahme an Seniorenkreisen o.Ä. ja nein
Kirchenbesuche ja nein
Friedhofsbesuche ja nein



Persönliche und hauswirtschaftliche Leistungen

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kochen/Essen zubereiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reinigen der Wohnräume | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wäsche waschen und bügeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einkäufe erledigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Begleitung bei Arztbesuchen etc. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pflege der Außenbereiche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| falls notwendig Winterdienst | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haustiersversorgung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zu versorgende Haustiere | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Katze Hund sonstige: _____

Sonstige wichtige Informationen (Umgang mit Dritten – offen oder eher zurückhaltend etc.)

Anforderungsprofil der Alltagshilfe

Die Betreuung sollte übernommen werden durch:

- eine Frau einen Mann nicht relevant
 Nichtraucher Raucher (nur draußen)
 Die Alltagshilfe benötigt eine gültige Fahrerlaubnis

Die Alltagshilfe sollte zwischen _____ und _____ Jahren alt sein.

Die Alltagshilfe sollte über die folgenden Deutschkenntnisse verfügen:

- Ausreichende Deutschkenntnisse, entspricht Sprachniveau A1 u. A2 (GER)
begrenzter Wortschatz / verstehen und verwenden einfacher Sätze
- Gute Deutschkenntnisse, entspricht Sprachniveau B1 (GER)
äußern über vertraute Themen und im eigenen Spezialgebiet
- Sehr gute Deutschkenntnisse, entspricht Sprachniveau B2 u. C1 (GER)
fließende, schnelle u. fast fehlerfreie Verständigung mit breitem Spektrum



Gegebenheiten vor Ort und Wohnumfeld

- Die Betreuung erfolgt in: einem Einfamilienhaus
 einem Mehrfamilienhaus, Etage _____

- Haus/Wohnung liegen: im Stadtzentrum am Stadtrand
 in einem Vorort in einem Dorf Alleinlage

Die Schlafräume der zu betreuenden Person befinden sich

- im Souterrain im EG im OG
 Die Räumlichkeiten der zu betreuenden Person/en sind barrierefrei eingerichtet
 Das Haus verfügt über einen Aufzug Es ist ein Balkon/eine Terrasse vorhanden

Einkaufsmöglichkeiten

- Die Einkaufsmöglichkeiten sind nah gelegen und können zu Fuß erreicht werden
 Die Einkaufsmöglichkeiten sind weiter entfernt und müssen von der Alltagshilfe
 mit Bus/Bahn erledigt werden mit dem Fahrrad getätigt werden
 mit einem zur Verfügung gestellten Auto erledigt werden, Marke: _____
 Normalschaltung Automatikschaltung
 Die Einkäufe werden grundsätzlich durch Angehörige erledigt.

Ansprechpartner

Der nächste Ansprechpartner wohnt

- im gleichen Haus im gleichen Ort auf dem gleichen Grundstück
 im Umkreis von 20 km nicht in der Nähe

Unterbringung der Alltagshilfe

Die Schlafräume der Alltagshilfe befinden sich

- im Souterrain im EG im _____ OG



Ausstattung des Zimmers

- Tageslichtfenster Bett Kleiderschrank W-Lan
 Tisch TV-Gerät Radio eigenes Bad
 es handelt sich um ein eigenes Appartement/eine separate Wohnung

Freizeit der Alltagshilfe

Der Alltagshilfe ist eine tägliche Freizeit von **mindestens** 2 Stunden zu gewährleisten.

- ½ Tag frei pro Woche möglich 1 Tag frei pro Woche möglich

Während der Freizeit der Alltagshilfe ist die Versorgung der zu betreuenden Person

- gewährleistet. nicht gewährleistet. Die zu betreuende Person kann aber problemlos alleine bleiben.

Zusätzlich stehen der Alltagshilfe für Ihre Freizeit zur Verfügung:

- Fahrrad Auto

Arbeitsmittel

- Alle erforderlichen Arbeitsmittel, inkl. Einweghandschuhen, Desinfektionsmittel und Mundschutzmasken, die zur Leistungserbringung erforderlich sind, sind am Einsatzort der Alltagshilfe in ausreichender Anzahl vorhanden.

Einverständniserklärung

- Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Seniorenbetreuung NRW zum Zweck der Suche und Vorstellung eines geeigneten Dienstleisters zur Erbringung von Betreuungsleistungen für die von mir genannte zu betreuende Person 1 zu und erkläre mich mit der Zusendung von Angeboten per Post, E-Mail und der telefonischen Kontaktaufnahme/Beratung einverstanden.
- Ich bin einverstanden, dass meine und die des Betreuungsbedürftigen, personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme für ein kostenloses Beratungsgespräch und die Angebotserstellung verarbeitet werden.
- Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben korrekt, vollständig und richtig sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können ggf. zu Mehrkosten führen.

Ort, Datum

Unterschrift (entfällt bei elektronischer Verarbeitung)