Fragebogen zur Ermittlung der Betreuungssituation

Lebenswert24® GmbH
Geschäftsführerin: Beate Oberschür
Zum Bruch 32 - 32425 Minden
Tel. 0571/911 90 888 - info@lebenswert24.de

Bitte füllen Sie das folgende Formular sorgfältig aus und speichern es.
Dann senden Sie das Formular einfach per Mail an uns. Dazu können Sie das Formular speichern und als Anhang per Mail an info@lebenswert24.de senden.
Es werden keine Angaben im Internet gespeichert! Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und niemals an Dritte weitergegeben.

Bei Fragen oder Problemen setzten Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

1. Allgemeine Angaben der zu betreuenden Person

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
Plz / Ort
Tel. (Festnetz)
Tel. (Mobil)
E-Mail

Lebt die zu betreuende Person allein?

☐ ja ☐ Nein, mit wem...

Kooperationspartner von LW24

Ab wann soll die Betreuung beginnen?

2. Allgemeine Angaben zur Kontaktperson

Name
Vorname
Strasse
Plz / Ort
Tel. (Festnetz)
Tel. (Mobil)
E-Mail

3. Wichtige Telefonnummern

Name	Vorname	Bezug (Kind...)	Tel. (Festnetz)	Tel. (Mobil)	E-Mail

4. Hausarzt

Name
Strasse
Plz / Ort
Tel. (Festnetz)
Tel. (Mobil)
E-Mail

5. Pflegedienst

Name
Strasse
Plz / Ort
Tel. (Festnetz)
Tel. (Mobil)
E-Mail

6. Bekannte Diagnosen

- ☐ Altersbedingte Gehschwäche
- ☐ erhöhte Sturzgefahr
- ☐ Schlaganfall links
- ☐ Schlaganfall rechts
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Hypertonie
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Asthma
- ☐ Dekubitus
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ Stoma
- ☐ Inkontinenz
- ☐ beginnende Demenz
- ☐ Demenz
- ☐ COPD
- ☐ Parkinson
- ☐ Depressionen
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Diabetes
- ☐ Diabetes Insulinpflichtig
- ☐ C2H50H

Allergien
Tumor
Sonstiges

7. Pflegegrad / Krankenversicherung

Aktueller Pflegegrad: keiner

Krankenversicherung

8. Aktuelle Therapien

- ☐ Keine
- ☐ Krankengymnastik
- ☐ Logopädie

Sonstiges

9. Tätigkeit des Pflegedienstes

Wie oft kommt der Pflegedienst?

Welche Leistungen erbringt der Pflegedienst?

Soll der PD weiter in Anspruch genommen werden? ☐ Ja ☐ Nein

10. Ausscheidungen

Urin	☐	kontinent	☐	inkontinent Tag	☐	inkontinent Nacht			
Stuhl	☐	kontinent	☐	inkontinent Tag	☐	inkontinent Nacht			
Hilfsmittel	☐	Windeln	☐	Vorlagen	☐	Urinflasche	☐	Katheter	☐ suprapubischer Katheter
Sonstige									

11. Schlafen

Schlafprobleme?	☐	Keine	☐	gelegentlich	☐	Schlaf-/Wachrhythmus gestört	
Bekannte Gründe							
Wie oft steht er/sie auf	☐	1 mal	☐	2-3 mal	☐	mehr als 3 mal	
Benötigt er/sie dabei Hilfe	☐	nein	☐	manchmal	☐	ja	☐ unterschiedlich
Schlafmittel	☐	nein	☐	ja			

12. Wesen, Charakter und Interessen der zu betreuenden Person

Kurze Beschreibung der zu betreuenden Person

Hobbys

13. Was führt zum derzeitigen Hilfebedarf

Kurze Beschreibung der Ursache(n), die eine Hilfe/Betreuung notwendig machen

14. Derzeitige Tagesstruktur der zu betreuenden Person

Wecken um		Uhr	☐	ausschlafen lassen
vormittags				
mittags				
nachmittags				
abends				
Nachts				

15. Angaben über die zu betreuende Person

Körpergröße ____ cm Körpergewicht ____ kg Raucher ☐ ja ☐ nein

Sprechen ☐ Keine Probleme ☐ Sprachstörungen ☐ kann nicht sprechen

Hören ☐ hört gut ☐ hört schlecht ☐ taub ☐ Hörgerät vorhanden

Sehen ☐ sieht gut ☐ sieht schlecht ☐ blind ☐ Brille vorhanden

Orientierung				
	zeitlich	☐ ist vorhanden	☐ zeitweise vorhanden	☐ nicht vorhanden
	Örtlich	☐ ist vorhanden	☐ zeitweise vorhanden	☐ nicht vorhanden
	zur Person	☐ ist vorhanden	☐ zeitweise vorhanden	☐ nicht vorhanden

Bewegung			
	☐ mobil	☐ teilmobil	☐ immobil
Hilfsmittel ☐ mit Rollator	☐ mit Gehhilfe	☐ Rollstuhl	☐ bettlägerig

Treppensteigen			
	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	☐ nicht möglich
Hilfsmittel	☐ Treppenlift	☐ Fahrstuhl	☐ Rampe

Transfer ☐ selbständig	☐ benötigt Hilfe	☐ hilft mit, kann ____	
	☐ komplette Hilfe	☐ bettlägerig	
Hilfsmittel	☐ Pflegebett	☐ Lifter	☐ Antidekubitusmatratze
	☐ Rollator	☐ Rollstuhl	☐ Toilettenstuhl

Essen / Trinken	☐ selbständig	☐ benötigt Hilfe	☐ komplette Hilfe
Essen (Menge)	☐ genug	☐ zu viel	☐ zu wenig
Trinken (Menge)	☐ genug	☐ zu viel	☐ zu wenig

Kau-/Schluckstörungen ☐ keine ☐ Kauen ☐ Schlucken ☐ PEG Sonde

Diät ☐ nein ☐ ja, welche: ____

Körperpflege	selbständig	teilweise selbständig	Teilweise Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht	☐	☐	☐	☐
Oberkörper	☐	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐	☐
Prothesenpflege	☐	☐	☐	☐
Gesäß / Beine	☐	☐	☐	☐
Intimpflege	☐	☐	☐	☐
Haare kämmen	☐	☐	☐	☐
Haare waschen	☐	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐	☐
Handpflege	☐	☐	☐	☐
Fußpflege	☐	☐	☐	☐
An-/Entkleiden	☐	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐	☐

Haare waschen/Woche ____ mal/Woche ☐ durch einen Friseur

Hilfsmittel ____

16. Anforderungen / Erwartungen an die Betreuungskraft

Geschlecht	☐ weiblich	☐ männlich	☐ egal
Sprachkenntnisse (deutsch)	☐ gut (B2-C1)	☐ durchschnittlich (B1/A2)	☐ kaum (A1)
Weitere Sprachkenntnisse			
Qualifikation	☐ Betreuer/in	☐ Betreuer/in mit Erfahrung	
Führerschein notwendig	☐ Ja	☐ wäre gut	☐ nein
Rauchen	☐ Ja	☐ nur draußen	
Wie soll die Betreuungskraft vom Wesen und Charakter sein?			

17. Rahmenbedingungen für die Betreuungskraft

Lage der Wohnung	☐ Großstadt (zentral)	☐ Großstadt (Randgebiet)	
	☐ Kleinstadt	☐ Dorf	☐ Ländlich
Fortbewegungsmittel	☐ Auto	☐ Fahrrad	☐ öffentl. Verkehrsmittel
Wohnsituation	☐ Einfamilienhaus	☐ Mehrfamilienhaus	☐ Wohnung
Zimmerausstattung	☐ Bett ☐ Tisch	☐ Schrank	☐ eigenes Bad
	☐ Radio	☐ TV	☐ Internet
Einkaufsmöglichkeiten	☐ ca. 10 min. Fußweg	☐ ca. 20 Min. Fußweg	☐ über 40 Min. Fußweg
Arbeitspensum/Tag	☐ ca. 6 Stunden	☐ ca. 8 Stunden	
Nachteinsätze	☐ nein	☐ ab und zu	☐ häufig
Freizeitregelung	☐ 3 Stunden / Tag	☐ 2 Nachmittage / Woche	☐ nach Absprache

18. Tätigkeitsbereich der Betreuungskraft

Haustiere	☐ ja, welche:		☐ Mitversorgung
Essensvorbereitungen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein
Kochen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein
Wäsche waschen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein
Bügeln	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein
Begleitung zum Arztbesuch	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein
Einkaufen	☐ immer	☐ ab und zu	☐ nein
Gibt es eine Haushaltshilfe	☐ nein	☐ ja	Wie oft?
Ausgeübte Tätigkeiten			
Benötigten Tätigkeiten			

19. Zusätzliche Informationen

Das Anforderungsprofil versenden

1. Speichern Sie das ausgefüllte Formular (Datei / Speichern unter).
   Sie können das Formular für Ihre Unterlagen ausdrucken (Datei / Drucken).
2. Senden Sie das Anforderungsprofil PDF-Formular einfach als Anhang per Mail an info@lebenswert24.de.
   Hängen Sie dazu einfach das gespeicherte Formular an die E-Mail an.

Sollten Sie Probleme oder Fragen zu dem Anforderungsprofil haben rufen Sie uns unter 0571 / 911 90 888 oder senden uns ein E-Mail an info@lebenswert24.de.

Hinweis zum Datenschutz: Es werden keine Angaben im Internet gespeichert!
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und niemals an Dritte weitergegeben.