

# Kundenfragebogen zur Ermittlung des Pflegebedarfs

**pflegebedürftige Person im Haushalt**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**weitere Person im Haushalt**       pflegebedürftig       nicht pflegebedürftig

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Kontaktperson**       Ansprechpartner

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
(bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben)

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## Die Betreuungsübernahme soll nach Möglichkeit erfolgen:

- schnellstmöglich (in 7-10 Werktagen)
- in 2-4 Wochen
- Sonderwunsch: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_ 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?) \_\_\_\_\_

## Basis-Tagessatz

**Gemäß dem Informationsmaterial des SeniorenService Goldener Herbst trifft auf die zu betreuende Person/Personen die folgendes Basis-Tagessatz-Kategorie zu:**

- Kategorie A – Basissatz 55,00 EUR (eine pflegebedürftige Person im Haushalt)
- Kategorie B – Basissatz 65,00 EUR (zwei pflegebedürftige Personen im Haushalt)
- Kategorie C – Sonderfall\*

*\* Tipp: 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 (Verwandtschaftsverhältnisse) \_\_\_\_\_

\* sofern zusätzliche Personen hauswirtschaftlich mitversorgt werden müssen, erhöht sich der Basis-Tagessatz der Betreuungskraft um **5,00 EUR je Person**.

## Betreuungssituation der ersten pflegebedürftigen Person

Es besteht bereits eine Einstufung in	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	Pflegegeld	0,00 €
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2		332,00 €
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3		573,00 €
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4		765,00 €
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5		947,00 €
		<input type="checkbox"/> <b>Einstufung bzw. Höherstufung</b> wurde beantragt	

*Tipp: 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-Std.-Betreuung soll der Pflegedienst folgende Leistungen übernehmen:**

#### **Behandlungspflege** *Tätigkeiten aus diesem Bereich dürfen nicht von einer Betreuungskraft übernommen werden!*

- Regelmäßige Medikamentengabe
- Injektionen/Infusionen
- Blutzucker/Insulingabe
- Kompressionsverbände
- Kompressionsstrümpfe
- Inhalationen
- Wundversorgung
- Einläufe (bei Verstopfung) /Darmentleerung
- Versorgung Urinkatheter/Stoma
- Quick/Blutverdünner

#### **Grundpflege** *Tätigkeiten aus diesem Bereich dürfen von einer Betreuungskraft übernommen werden*

- \_\_\_\_\_ mal pro Tag     \_\_\_\_\_ mal pro Woche     gar nicht

#### **Zusätzlich wird ebenfalls eingesetzt:**

- Putzhilfe/Reinigungskraft     medizinische Fußpflege     Gärtner

#### **Die zu betreuende Person leidet unter den nachfolgenden Erkrankungen:**

- Allgemeine Altersschwäche
- COPD/Asthma
- Herzerkrankungen (welche?) \_\_\_\_\_
- Gefäßerkrankungen (welche?) \_\_\_\_\_
- Depressionen \*
- Suchterkrankungen \* (welche?) \_\_\_\_\_
- Makuladegeneration \* (Grad der Erblindung) links: \_\_\_\_\_ % rechts: \_\_\_\_\_ %
- Schwerhörigkeit     links     rechts
- Wunden/Dekubitus (betroffene Stelle/n) \_\_\_\_\_
- Multiple Sklerose \* (MS)
- Rheuma
- Arthrose
- Osteoporose
- Diabetes    **⇒**     Insulin    **⇒**     medikamentöse Behandlung
- Niereninsuffizienz    **⇒**     Dialyse    **⇒**     medikamentöse Behandlung

### Demenz \* / Alzheimer \* - Krankheitssymptome:

- Kurzzeitgedächtnis
- Desorientierung
- Hinlauftendenzen
- andere Symptome \_\_\_\_\_
- motorische Unruhe
- Aggressionen

### Parkinson \*

- fortgeschritten
- beginnend
- Zusatzinformationen \_\_\_\_\_
- mit strengem Medikationsplan

### Polyneuropathie \*

- fortgeschritten
- beginnend
- kurze Symptombeschreibung \_\_\_\_\_

### Ansteckende Erkrankungen \*

- MRSA
- HIV
- Sonstige \_\_\_\_\_
- Herpes Zoster
- Hepatitis B/C
- Hautpilz
- ESBL

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

- ja (welche?) \_\_\_\_\_
- nein

### Zustand nach Amputation

- Zeitpunkt der Amputation (Jahr) \_\_\_\_\_
- Zusatzinformation \_\_\_\_\_

### Krebserkrankungen

- Zeitpunkt des letzten Ausbruchs (Jahr) \_\_\_\_\_
- Art der Krebserkrankung \_\_\_\_\_
- akuter Zustand mit:  Chemotherapie  Strahlentherapie  unbehandelt

### Zustand nach Schlaganfall

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

## Akuter Zustand nach Sturz

- Mit Folge von Fraktur/en
- Mit Folge von Prellung/en
- betroffene/s Körperteil/e \_\_\_\_\_

## Bettlägerigkeit vorübergehend\* - Mobilisation notwendig

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

## Bettlägerigkeit dauerhaft\* - Mobilisation nicht notwendig

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

Die zu betreuende Person wiegt ca. \_\_\_\_\_ kg und ist ca. \_\_\_\_\_ cm groß.

## palliative Pflege und Betreuung\*

- ja       nein

## 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\*

## Körperpflege

	selbstständig	bedingt selbstständig	unselbstständig
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Inkontinenz und Toilettengang

	<b>selbstständig</b>	<b>bedingt selbstständig</b>	<b>unselbstständig</b>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der zu betreuenden Person besteht eine	<input type="checkbox"/> Urininkontinenz		<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz

## Nahrungs- u. Flüssigkeitsaufnahme

	<b>selbstständig</b>	<b>bedingt selbstständig</b>	<b>unselbstständig</b>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme muss geachtet werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, trinken	<input type="checkbox"/> ja, essen

## Besonderheiten bei Diät

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabetikergerechte Kost     | <input type="checkbox"/> Schonkost         | <input type="checkbox"/> pürierte Kost |
| <input type="checkbox"/> kohlenhydratreduzierte Kost | <input type="checkbox"/> vegetarische Kost |  |

## Ein- und Durchschlafen

Die zu betreuende Person wacht nachts auf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ca. 1 mal	<input type="checkbox"/> ca. 2 mal *	<input type="checkbox"/> 3 mal und mehr *

## Notwendige Hilfen in der Nacht

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine           | <input type="checkbox"/> Windel/Einlagenwechsel                | <input type="checkbox"/> Toilettengang    |
| <input type="checkbox"/> Beruhigen       | <input type="checkbox"/> Orientierungshilfe (z.B. Bett finden) | <input type="checkbox"/> Nacht Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |   |

\* Tipp: Sollte die Nachtruhe nicht gewährleistet sein, so wird eine Erschwerniszulage von 10,00 EUR pro fehlende Nachtruhe von der Betreuungskraft erhoben.

## Soziale Bereiche des Lebens

Regelmäßige Besuche von Freunden/Familie/Nachbarn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Teilnahme an Seniorenkreisen o.Ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kirchenbesuche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Friedhofsbesuche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Hilfsmittel für die Pflege und Betreuung

	vorhanden	folgt
<b>allgemeine Hilfsmittel</b>		
Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenzfußmatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausnotruf/Sturzsensoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funkschelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greifarm/Greifhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel für Mobilisation</b>		
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehbock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sessel mit Aufstehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scala Mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarm-Gehstütze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthese (Art) _____		
Prothese (Art) _____		
<b>Hilfsmittel für Bettlägerigkeit</b>		
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-Dekubitus-Matratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehteller/Umsetzhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stützkissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes _____		
<b>Hilfsmittel für Körperpflege</b>		
behindertengerechtes Bad mit Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschsitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mobiler Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badewannenlift/Badewannenbrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltegriffe Dusche/WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel für Ausscheidungen/Toilettengang</b>		
Windel/Einlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettpfanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettensitz-Erhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel für Nahrungsaufnahme</b>		
PEG-Sonde inkl. Sondernahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnabeltasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ergonomisches Besteck u. Geschirr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Persönliche und hauswirtschaftliche Leistungen durch die Betreuungskraft**

- |                                  |                             |                               |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |

Haustierversorgung (Zusatzkosten 50,00 EUR/Monat pauschal)  ja  nein  
zu versorgende Haustiere:

- Katze  Hund  sonstige \_\_\_\_\_

**Sonstige wichtige Informationen zur ersten pflegebedürftigen Person**

(z.B. Wie ist der Umgang mit Dritten – offen oder eher zurückhaltend usw.)



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Anforderungsprofil der Alltagshilfe

Die Betreuung sollte übernommen werden durch:

- eine Frau                                       einen Mann                                       nicht relevant  
 Raucher/In (nur draußen)  
 Nichtraucher/In  
 Die Alltagshilfe benötigt eine gültige Fahrerlaubnis (Zusatzkosten 100,00 EUR/Monat pauschal)

Die Alltagshilfe sollte zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Jahren alt sein.

Die Alltagshilfe sollte über die folgenden Sprachkenntnisse verfügen:

- Deutsch                       Englisch                       andere: \_\_\_\_\_

Ausreichende Sprachkenntnisse

Entspricht Sprachniveau A1 u. A2 (GER) – **begrenzter Wortschatz / verstehen und verwenden einfacher Sätze**

Gute Sprachkenntnisse

(Verfügbarkeit vorausgesetzt, Tagessatz zzgl. 5,00 EUR pro Kalendertag)

Entspricht Sprachniveau B1 (GER) – **äußern über vertraute Themen und im eigenen Spezialgebiet**

Sehr gute Sprachkenntnisse

(Verfügbarkeit vorausgesetzt, Tagessatz zzgl. 10,00 EUR pro Kalendertag)

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                       im EG \_\_\_\_\_ Etage  
 einem Wohnblock                                       im EG \_\_\_\_\_ Etage

Haus/Wohnung liegen

- in der Stadt  
 in einem Vorort  
 in einem Dorf

- 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.

## Unterbringung der Alltagshilfe

Souterrain

Appartement

Zimmer

## Ausstattung

Tageslichtfenster

Tisch

Bett

TV-Gerät

Kleiderschrank

Radio

W-LAN

eigenes Bad

## Freizeit der Alltagshilfe

Der Alltagshilfe ist eine wöchentliche Freizeit von **mindestens** 14 Stunden

gewährleistet, die sich wie folgt gestaltet

---

(z.B. zwei Stunden täglich, zwei freie Nachmittage oder ein ganzer Wochentag)

**nicht gewährleistet** und wird mit **10,00 EUR pro Tag ohne Pause** vergütet.

**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.**

Die Angaben zur Betreuungssituation der **zweiten pflegebedürftigen Person** finden Sie auf den **Seiten 11 – 16** dieses Fragebogens.

## Einverständniserklärung

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die SeniorenService Goldener Herbst GmbH & Co. KG 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)

## Betreuungssituation der zweiten pflegebedürftigen Person

Es besteht bereits eine Einstufung in	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	Pflegegeld	0,00 €
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2		332,00 €
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3		573,00 €
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4		765,00 €
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5		947,00 €
		<input type="checkbox"/> <b>Einstufung bzw. Höherstufung</b> wurde beantragt	

*Tipp: 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-Std.-Betreuung soll der Pflegedienst folgende Leistungen übernehmen:**

**Behandlungspflege** *Tätigkeiten aus diesem Bereich dürfen nicht von einer Betreuungskraft übernommen werden!*

- Regelmäßige Medikamentengabe
- Injektionen/Infusionen
- Blutzucker/Insulingabe
- Kompressionsverbände
- Kompressionsstrümpfe
- Inhalationen
- Wundversorgung
- Einläufe (bei Verstopfung) /Darmentleerung
- Versorgung Urinkatheter/Stoma
- Quick/Blutverdünner

**Grundpflege** *Tätigkeiten aus diesem Bereich dürfen von einer Betreuungskraft übernommen werden*

- \_\_\_\_\_ mal pro Tag       \_\_\_\_\_ mal pro Woche       gar nicht

### **Die zu betreuende Person leidet unter den nachfolgenden Erkrankungen:**

- Allgemeine Altersschwäche
- COPD/Asthma
- Herzerkrankungen (welche?) \_\_\_\_\_
- Gefäßerkrankungen (welche?) \_\_\_\_\_
- Depressionen \*
- Suchterkrankungen \* (welche?) \_\_\_\_\_
- Makuladegeneration \* (Grad der Erblindung) links: \_\_\_\_\_ % rechts: \_\_\_\_\_ %
- Schwerhörigkeit       links       rechts
- Wunden/Dekubitus (betroffene Stelle/n) \_\_\_\_\_
- Multiple Sklerose \* (MS)
- Rheuma
- Arthrose
- Osteoporose
- Diabetes      **➔**       Insulin      **➔**       medikamentöse Behandlung
- Niereninsuffizienz      **➔**       Dialyse      **➔**       medikamentöse Behandlung

## Demenz \* / Alzheimer \* - Krankheitssymptome:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis    | <input type="checkbox"/> motorische Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung       | <input type="checkbox"/> Aggressionen      |
| <input type="checkbox"/> Hinlauftendenzen      |  |
| <input type="checkbox"/> andere Symptome _____ |  |

## Parkinson \*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fortgeschritten           | <input type="checkbox"/> mit strengem Medikationsplan |
| <input type="checkbox"/> beginnend                 |   |
| <input type="checkbox"/> Zusatzinformationen _____ |   |

## Polyneuropathie \*

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> fortgeschritten                 |
| <input type="checkbox"/> beginnend                       |
| <input type="checkbox"/> kurze Symptombeschreibung _____ |

## Ansteckende Erkrankungen \*

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MRSA           | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster | <input type="checkbox"/> Hautpilz |
| <input type="checkbox"/> HIV            | <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C | <input type="checkbox"/> ESBL     |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |  |                                   |

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

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja (welche?) _____ |
| <input type="checkbox"/> nein _____         |

## Zustand nach Amputation

Zeitpunkt der Amputation (Jahr) \_\_\_\_\_  
 Zusatzinformation \_\_\_\_\_

## Krebserkrankungen

Zeitpunkt des letzten Ausbruchs (Jahr) \_\_\_\_\_  
 Art der Krebserkrankung \_\_\_\_\_  
 akuter Zustand mit:  Chemotherapie  Strahlentherapie  unbehandelt

## Zustand nach Schlaganfall

Zeitpunkt des letzten Schlaganfalls (Jahr) \_\_\_\_\_  
 Lähmung re. (mit Restbewegung)  Lähmung li. (mit Restbewegung) \*  
 Lähmung re. (ohne Restbewegung) \*  Lähmung li. (ohne Restbewegung) \*  
 Sprachstörungen  Schluckbeschwerden  Atembeschwerden  
Zusatzinformationen \_\_\_\_\_

## Akuter Zustand nach Sturz

- Mit Folge von Fraktur/en
- Mit Folge von Prellung/en
- betroffene/s Körperteil/e \_\_\_\_\_

## Bettlägerigkeit vorübergehend\* - 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

## 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\*

Die zu betreuende Person wiegt ca. \_\_\_\_\_ kg und ist ca. \_\_\_\_\_ cm groß.

## palliative Pflege und Betreuung\*

- ja       nein

## 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\*

## Körperpflege

	selbstständig	bedingt selbstständig	unselbstständig
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Inkontinenz und Toilettengang

	<b>selbstständig</b>	<b>bedingt selbstständig</b>	<b>unselbstständig</b>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der zu betreuenden Person besteht eine	<input type="checkbox"/> Urininkontinenz		<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz

## Nahrungs- u. Flüssigkeitsaufnahme

	<b>selbstständig</b>	<b>bedingt selbstständig</b>	<b>unselbstständig</b>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme muss geachtet werden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, trinken	<input type="checkbox"/> ja, essen

## Besonderheiten bei Diät

- diabetikergerechte Kost       Schonkost       pürierte Kost  
 kohlenhydratreduzierte Kost       vegetarische Kost

## Ein- und Durchschlafen

Die zu betreuende Person wacht nachts auf

<input type="checkbox"/> ca. 1 mal	<input type="checkbox"/> ca. 2 mal *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> 3 mal und mehr *	

## Notwendige Hilfen in der Nacht

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

\*  *Tipp: Sollte die Nachtruhe nicht gewährleistet sein, so wird eine Erschwerniszulage von 10,00 EUR pro fehlende Nachtruhe von der Betreuungskraft erhoben.*

## Soziale Bereiche des Lebens

Regelmäßige Besuche von Freunden/Familie/Nachbarn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Teilnahme an Seniorenkreisen o.Ä.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kirchenbesuche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Friedhofsbesuche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Hilfsmittel für die Pflege und Betreuung

	vorhanden	folgt
<b>allgemeine Hilfsmittel</b>		
Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenzfußmatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausnotruf/Sturzsensoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funkschelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Greifarm/Greifhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel für Mobilisation</b>		
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehbock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sessel mit Aufstehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scala Mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarm-Gehstütze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthese (Art) _____		
Prothese (Art) _____		
<b>Hilfsmittel für Bettlägerigkeit</b>		
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-Dekubitus-Matratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehteller/Umsetzhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stützkissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes _____		
<b>Hilfsmittel für Körperpflege</b>		
behindertengerechtes Bad mit Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschsitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mobiler Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badewannenlift/Badewannenbrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltegriffe Dusche/WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel für Ausscheidungen/Toilettengang</b>		
Windel/Einlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettpfanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettensitz-Erhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel für Nahrungsaufnahme</b>		
PEG-Sonde inkl. Sondernahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnabeltasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ergonomisches Besteck u. Geschirr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sonstige wichtige Informationen zur zweiten pflegebedürftigen Person

(z.B. Wie ist der Umgang mit Dritten – offen oder eher zurückhaltend usw.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Einverständniserklärung

- Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die SeniorenService Goldener Herbst GmbH & Co. KG zum Zweck der Suche und Vorstellung eines geeigneten Dienstleisters zur Erbringung von Betreuungsleistungen für die von mir genannte **zu betreuende Person 2** 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)*