



Pflegehilfe Bayern

Haidsteiner Str. 26a

93486 Runding

Rebecca Altmann

09971 768437

info@pflegehilfe-bayern.de

Fragebogen zur Ermittlung des Betreuungsbedarfs

1. Datenschutz

Datenschutzrechte der Betroffenen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO):
Sie können von uns jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Artikel 15 DS-GVO), deren Berichtigung (Artikel 16 DS-GVO), Löschung (Artikel 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO) verlangen, sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO) geltend machen. Ebenfalls können Sie Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen (Artikel 21 DS-GVO).

Bitte beachten Sie, dass Datenverarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, hiervon nicht betroffen sind. Zu den vorgenannten Zwecken wenden Sie sich bitte an die nachfolgende Kontaktadresse.

Neuer Wall 80
20354 Hamburg
Deutschland Tel.: +49 151 52002024
 E-Mail: k.mizrakhi@caringhands24.de

2. Aktuelle Pflegesituation

Bedarfsort:

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

Betreuungsbeginn:

Schnellstmöglich (5 bis 7 Werkstage)

Datum: _____

Anzahl der zu betreuenden Personen:

1 Person

2 Personen

Leben weitere Personen im Haushalt?

Ja

Nein

3. Angaben zu der zu betreuenden Person

Personendaten:

Anrede

Vorname

Nachname

Alter

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Hausarzt

Gesetzlich

Privat



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

Pflegegrad:	Keiner	1	2	3	4	5
Rauchergewohnheit:	Ja	Nein				
Aktuelle Therapien:	<p>Keine Andere: _____</p> <p>Krankengymnastik</p> <p>Logopädie</p>					

3.1 Anamnese

Hauptgrund für die Betreuung:

(Large empty box for writing the main reason for care.)

Diagnosen und Gesundheitszustände

ALS	Diabetes	Krebs	Schlaganfall
Alzheimer	Dialysepatient	Morbus Crohn	Schmerzpatient
Asthma	Geistige Beeinträchtigung	MS-Patient	
Arthritis	Herzinsuffizienz	Multiple Sklerose	Weitere Krankheitsmerkmale:
Arthrose	Herzrhythmusstörungen	Osteoporose	
Bluthochdruck	Inkontinenz (Urin)	Parkinson	
Dekubitus	Inkontinenz (Stuhl)	Polyneuropathy	Ansteckende Krankheiten:
Demenz	Nierenversagen	Rheuma	

3.1.1 Kommunikation

Hören:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Sehen:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Sprechen:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

3.1.2 Geistige Verfassung

Personenbezogene Orientierung:			
Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Örtliche Orientierung:			
Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Zeitliche Orientierung:			
Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Mentaler Zustand:			
Innere Unruhe	Freundlich	Vergesslich	Weitere Informationen: (Freude am Leben, soziale Integration, isst gern in Gesellschaft, spielt Gesellschaftsspiele, Wunsch gern allein zu sein, etc.)
Ängstlich	Aufgeschlossen	Skeptisch	
Anspruchsvoll	Gereizt	Cholerisch	
Apathisch	Instabil	Aggressiv	
Bestimmend	Launisch	Weglauftendenz	
Depressiv	Teilnahmslos		

3.1.3 Inkontinenz

Harninkontinenz	Stuhlinkontinenz			
Künstlicher Blasenausgang (Urostoma)	Künstlicher Darmausgang (Stoma)			
Wechsel von Windeln	Wechsel von Einlagen			
Toilettengang:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig	Notizen: _____

3.1.4 Mobilität

Aufstehen / Hinsetzen im Stuhl:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Gehen:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Treppen steigen:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Transfer (Bsp.: Umsetzen):	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Eigenbewegung im Bett:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Sturzrisiko:	Ja	Nein	Notizen: _____
Bettlägerig:	Ja	Nein	



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

3.1.5 Hygiene

Duschen / Baden:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Mundhygiene / Prothesepflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Rasieren:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Nagel- und Fußpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Haarpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Körperpflege / Waschen am Waschbecken:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Körperpflege / Waschen im Bett:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Intimpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Ankleiden / Auskleiden:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Auswahl der Kleidung:	Eigenständig	Mit Unterstützung

3.1.6 Essen

Vorbereitung der Mahlzeiten:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Nahrungsaufnahme / Essen:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Flüssigkeitszufuhr / Trinken:	Eigenständig	Mit Unterstützung
Allergien:	Nein	Ja, welche? _____
Diät / Ernährungsplan:	_____	
Kau / Schluckbeschwerden:	Nein	Ja
PEG-Sonde:	Nein	Ja

3.1.7 Ruhens / Schlafen

Nchteinsätze:	Nein	selten	1x pro Nacht	2x pro Nacht	>2x pro Nacht
Hilferuf durch:	Anruf	Klingel	Babyphone	Stimme	Anderes



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

4. Angaben zu der zweiten zu betreuenden Person



Sollte es sich um zwei zu betreuende Personen handeln, tragen Sie bitte die Daten nachfolgend ein.
Andernfalls überspringen Sie bitte diesen Teil.

Personendaten:

Anrede	Vorname	Nachname	
Alter	Geburtsdatum	Größe	Gewicht
Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Hausarzt	
Gesetzlich			
Privat			

Pflegegrad: Keiner 1 2 3 4 5

Rauchergewohnheit: Ja Nein

Aktuelle Therapien:

Keine Andere:
Krankengymnastik
Logopädie

4.1 Anamnese der zweiten zu betreuenden Person

Hauptgrund für die Betreuung:**Diagnosen und Gesundheitszustände**

ALS	Diabetes	Krebs	Schlaganfall
Alzheimer	Dialysepatient Geistige	Morbus Crohn	Schmerzpatient
Asthma	Beeinträchtigung	MS-Patient	
Arthritis	Herzinsuffizienz	Multiple Sklerose	Weitere Krankheitsmerkmale:
Arthrose	Herzrhythmusstörungen	Osteoporose	
Bluthochdruck	Inkontinenz (Urin)	Parkinson	Ansteckende Krankheiten:
Dekubitus	Inkontinenz (Stuhl)	Polyneuropathy	
Demenz	Nierenversagen	Rheuma	



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

4.1.1 Kommunikation

Hören:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Sehen:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
Sprechen:	Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich

4.1.2 Geistige Verfassung

Personenbezogene Orientierung:

Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
---------------------	----------------------	---------------------	---------------

Örtliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
---------------------	----------------------	---------------------	---------------

Zeitliche Orientierung:

Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt	Nicht möglich
---------------------	----------------------	---------------------	---------------

Mentaler Zustand:

Innere Unruhe	Freundlich	Vergesslich	Weitere Informationen: (Freude am Leben, Soziale Integration, Isst gern in Gesellschaft, spielt Gesellschaftsspiele, Wunsch gern allein zu sein, etc.)
Ängstlich	Aufgeschlossen	Skeptisch	
Anspruchsvoll	Gereizt	Cholerisch	
Apathisch	Instabil	Aggressiv	
Bestimmend	Launisch	Weglaufenden	
Depressiv	Teilnahmslos		

4.1.3 Inkontinenz

Harninkontinenz	Stuhlinkontinenz
Künstlicher Blasenausgang (Urostoma)	Künstlicher Darmausgang (Stoma)

Wechsel von Windeln	Wechsel von Einlagen
---------------------	----------------------

Toilettengang:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig	Notizen: _____
-----------------------	--------------	-------------------	---------	----------------

4.1.4 Mobilität

Aufstehen / Hinsetzen im Stuhl:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Gehen:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Treppen steigen:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Transfer (Bsp.: Umsetzen):	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig
Eigenbewegung im Bett:	Eigenständig	Mit Unterstützung	Unfähig



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

Sturzrisiko:	Ja	Nein	Notizen: _____		
Bettlägerig:	Ja	Nein			
4.1.5 Hygiene					
Duschen / Baden:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Mundhygiene / Prothesepflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Rasieren:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Nagel- und Fußpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Haarpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Körperpflege / Waschen am Waschbecken:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Körperpflege / Waschen im Bett:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Intimpflege:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Ankleiden / Auskleiden:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Auswahl der Kleidung:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
4.1.6 Essen					
Vorbereitung der Mahlzeiten:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Nahrungsaufnahme / Essen:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Flüssigkeitszufuhr / Trinken:	Eigenständig	Mit Unterstützung			
Allergien:	Nein	Ja, welche?	_____		
Diät / Ernährungsplan:	_____				
Kau / Schluckbeschwerden:	Nein	Ja			
PEG-Sonde:	Nein	Ja			
4.1.7 Ruhens / Schlafen					
Nachteinsätze:	Nein	selten	1x pro Nacht	2x pro Nacht	>2x pro Nacht
Hilferuf durch:	Anruf	Klingel	Babyphone	Stimme	Anderes



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

5. Tagessstruktur

(i) Die durchschnittliche Arbeitszeit einer Betreuungskraft beträgt 40 Stunden wöchentlich.

Morgens:
6-12 Uhr

Mittags:
12-17 Uhr

Abends:
17-22 Uhr

Nachts:
22-6 Uhr

6. Externe Dienstleistungen

Pflegedienst	Nachbarschaftshilfe	Podologe / Medizinische Fußpflege
Facharzt	Tagespflege	Ergotherapeut
Hausarzt	Nachtpflege	Physiotherapeut
Reinigungsservice		



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

7. Anforderungen an das Personal

Deutschkenntnisse:	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Keine	
Weitere Sprachkenntnisse:						
Geschlecht:	Weiblich	Männlich	Irrelevant			
Alter:	Von: _____	bis: _____	Irrelevant			
Führerschein:	Nötig Manuell	Automatik	Nicht nötig			
Darf die Betreuungskraft draußen rauchen?:	Ja	Nein				
7.1 Gewünschte Tätigkeiten						
Einkaufen	An/Auskleiden	Flüssigkeitsaufnahme	Zusätzliche Anforderungen:			
Kochen	Körperpflege	Toilettengang				
Putzen	Intimpflege	Wechsel von Inkontinenzmaterial				
Wäsche waschen	Mobilisierung	Transfer				
Bügeln	Nahrungsaufnahme					
Gibt es für die Einkäufe eine Haushaltstasse?			Wenn ja, wie viel pro Person?			
Ja	Nein	€ _____	<small>Der Pflegekraft stehen kostenlose Kost und Logis zu</small>			

8. Rahmenbedingungen für die Betreuungskraft

Wohnverhältnisse:	Haus	Reihenhaus	Wohnung	
Wohngegend:	Stadtzentrum	Städtisch	Ländlich	
Haustiere:	Nein	Ja	Falls ja, welche? _____	
Zimmerausstattung für die Pflegekraft:	Eigenes Zimmer Schrank	Eigenes Bad Radio	TV Internet (WLAN)	Computer
Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß:	10 min	20 min	30 min	bis zu 60 min



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

8.1 Vorhandene Hilfsmittel

Anti Dekubitus Matratze	Rollstuhl	Duschstuhl	Sonstige Hilfsmittel:
Bett Lift	Bad Lifter	(Dusch-) Haltegriffe	
Pflegebett	Treppenlift	Toilettenstuhl	
Gehstock	Wannenlifter		
Rollator	Duschhocker		

9. Allgemeine Angaben des Ansprechpartners

Personendaten

Anrede

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer

PLZ

Ort

Mobilfunknummer

Festnetznummer

E-Mail

Bezug oder Kontaktgrad zur pflegebedürftigen Person

10. Erfolgt Unterstützung seitens der Familie?

Ja, jederzeit per Anruf erreichbar und ggf. kurzfristig vor Ort

Sporadisch, wie es die Zeit zulässt

Nein

Vor- und Zuname des Familienangehörigen

Telefonnummer des Familienangehörigen



Sie haben Fragen?
info@pflegehilfe-bayern.de
09971 768437

11. Abschluss

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Radio	Internet
Fernsehen	Empfehlung
Zeitung	Sonstiges: _____

Durch Ihre Unterschrift gehen Sie keine vertragliche Bindung ein, sondern bestätigen lediglich die Richtigkeit der Angaben.

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben freiwillig nach meinem bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich zur Weitergabe der Daten befugt bin.*

Unterschrift

Datum

Ort

Bitte setzen Sie einen Haken bei den mit Sternchen (*) markierten Sätzen

Pflegehilfe Bayern

Haidsteiner Str. 26a
93486 Runding

Rebecca Altmann
09971 768437
info@pflegehilfe-bayern.de

