

FRAGEBOGEN

zur Betreuungssituation

Um ein unverbindliches Angebot für eine Betreuung in häuslicher Gemeinschaft zu erhalten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.



Gerne füllen wir den Fragebogen auch am Telefon mit Ihnen aus: **Tel. 04102/ 7 79 79 79**
Alternativ können Sie uns den ausgefüllten Fragebogen auch zusenden.

Post: Sozialagentur Nord GmbH
An der Strusbek 50
22926 Ahrensburg

DRUCKE

Fax: 04102/ 7 79 79 89

VERSENDE

E-Mail: info@san.gmbh

WANN SOLL DER EINSATZ BEGINNEN? schnellstmöglich ab:

1. KONTAKTDATEN

1.1 ANSPRECHPARTNER FÜR DIE SOZIALAGENTUR

Vorname: Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ: Ort:

Tel.: Mobil: Fax:

E-Mail:

Verhältnis zur ersten hilfsbedürftigen Person:

1.2 ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

Vorname: Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ: Ort:

Tel.: Mobil: Fax:

1.3 ZWEITE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON (OPTIONAL)

Vorname: Nachname:

1.4 WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? (OPTIONAL)

Krankenhaus ambulanter Pflegedienst Beratungsstelle Arzt/Therapeut

Internetrecherche persönliche Empfehlung Sonstiges

Nähere Angaben oder Stempel der Einrichtung:



2. ERSTE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.1 ZUR PERSON

Geburtsdatum: Gewicht: kg Größe: cm

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

2.2 DIAGNOSE UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz (z. B. Alzheimer) | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt) |
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> körperliche Schwäche nach stationärer Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Unfall/Sturz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Amputation |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Diabetes | |

Anmerkungen:

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja, folgende:

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z. B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

nein ja, folgende:

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z. B. Dekubitus)?

nein ja, wird versorgt durch:

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein wöchentlich mehrmals pro Woche täglich mehrmals täglich

Wenn ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er auch weiterhin übernehmen?

2.3 INKONTINENZ

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

nein teilweise (z. B. nachts) Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Dauerkatheter künstlicher Blasenaustrag künstlicher Darmaustrag

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

nein ja, Wechsel erfolgt selbstständig ja, Wechsel erfolgt durch Betreuungsperson

2.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehen	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> blind
Hören	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> gehörlos
Sprechen	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> verstummt

2.5 MOBILITÄT

Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

Bewegung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen

Ergänzungen:

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

nein ja

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig?

nein ja, Hilfe beim Umlagern ist nicht notwendig ja, Hilfe beim Umlagern notwendig

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Pflegebett Hebegurt/-Sitz Lifter Toiletten-/Duschstuhl
 Rollstuhl Rollator weitere:

Ist ein Transfer von Bett zu Roll-, Dusch- oder Toilettenstuhl notwendig?

nein ja, in folgender Häufigkeit pro Tag

Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein ja, hilfsbedürftige Person hilft mit vollständig

2.6 MENTALE VERFASSUNG (DEMENTZ-ANAMNESE)

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

nein zeitlich (*Welcher Tag ist heute?*) örtlich (*Wo bin ich?*)
 räumlich (*Wo ist die Toilette?*) situativ (*Was mache ich hier gerade?*)
 zur eigenen Person (*Wie heiße ich?*) zu anderen Personen (*Woher kenne ich dich?*)

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

nein ggü. sich selbst ggü. anderen ggü. Gegenständen ja, verbal

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

- nein Angstzustände Apathie (Teilnahmslosigkeit) Halluzinationen
 Hinlauftendenz gestörter Tag-/Nachtrhythmus starke Unruhe
 Ablehnung der Körperpflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

- eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden.

Anmerkungen :

2.7 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

- Kochen/Backen Spaziergänge Musik Natur Tiere
 Lesen/Literatur Fernsehen Handarbeiten Gesellschaftsspiele

Weitere:

2.8 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

Bei welchen leichten pflegerischen Tätigkeiten soll die Betreuungsperson unterstützen?

(Bitte beachten Sie, dass Behandlungspflege und das Verabreichen von Medikamenten ausgeschlossen sind.)

- Körperhygiene Intimpflege Erinnerung an Medikamenteneinnahme
 Nahrungsaufnahme Toilettengänge Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
 An- und Auskleiden Kontrolle der Flüssigkeit _saufnahme

Weitere:

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

- nein gelegentlich jede Nacht mehrmals pro Nacht

Wenn eine Nachtbetreuung notwendig ist, welche Aufgaben müssen übernommen werden?

Wie kann die Betreuungskraft in der Nacht gerufen werden?

- Klingel „Babyphone“ Rufen

3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

3.1 WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSPERSON

Für welchen Zeitraum planen Sie derzeit den Einsatz einer Betreuungsperson?

unbefristet befristet für die Dauer von: Monat/en

Welches Geschlecht bevorzugen Sie?

egal weiblich männlich

Welches Alter bevorzugen Sie?

egal bis 50 Jahre älter als 50 Jahre

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?

Kategorie I Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen.
(Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)

Kategorie II Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen.
(Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)

Kategorie III Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken.
(Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

3.2 ALLGEMEINE ANGABEN ZUM HAUSHALT

Welche Ausstattungsdetails stehen der Betreuungsperson – neben einem eigenen Zimmer – zur Verfügung?

eigenes Bad TV Fahrrad Auto weitere:

Wird der Betreuungskraft ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?

ja, bereits vorhanden ja, wird noch bereitgestellt nicht möglich

Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?

zu Fuß mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit dem Fahrrad nur mit dem Auto

Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt?

nein ja, folgende:

Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch und wenn ja, wie oft?

nein ja, in folgender Regelmäßigkeit:

Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?

Haus Wohnung Sonstiges:

Lebt die hilfsbedürftige Person allein im Haushalt?

ja nein, gemeinsam mit:

3.3 ANGABEN ZU HAUSHALTSTÄTIGKEITEN

Soll die Betreuungsperson kochen?

nein ja, für: Personen (inkl. Betreuungsperson)

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

nein ja, ca.: m²

Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

Blumenpflege Waschen/Bügeln Einkaufen

Weitere:

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen?

nein ja, folgende:

3.4 FREIZEITREGELUNG

In welcher Form kann der Betreuungsperson Freizeit ermöglicht werden?

ein freier Tag pro Woche zwei halbe freie Tage pro Woche mehrere Stunden pro Tag

Weitere:

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

3.5 ABHOLUNG BEI ANREISE

Ist eine Abholung der Betreuungsperson möglich?

(Bitte beachten Sie, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) im Tagessatz inbegriffen ist.)

Abholung persönlich vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich

Abholung durch Dritte (Bekannte oder Taxiunternehmen) vom nächstgelegenen Busbahnhof (ZOB) möglich

keine Abholung möglich

Anmerkungen:



Hinweise zum Datenschutz

In diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst. Wir benötigen diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur anonym an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Mit Ihrer Unterschrift bzw. der Übermittlung des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß eingetragen haben und die Einwilligung der weiteren Personen besitzen, deren personenbezogenen Daten Sie neben Ihren eigenen angegeben haben.

Ausführliche Informationen zum Datenschutz bei der Sozialagentur finden Sie unter **www.sozialagentur.de/datenschutz**.

Kontakt unseres Datenschutzbeauftragten: Sozialagentur Nord GmbH
Datenschutzbeauftragter
An der Strusbek 50
22926 Ahrensburg
E-Mail: datenschutz@san.gmbh

Datum und Unterschrift