

**BETREUUNGSBOGEN**

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und ausführlich aus und senden Sie diesen an uns zurück:

per E-Mail: [info@altenbetreuung24.eu](mailto:info@altenbetreuung24.eu)

Wir werden dann sofort mit der Angebotserstellung beginnen und uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

---

**I.KONTAKTDATEN**

---

**DATEN DES AUFTRAGGEBERS / DER KONTAKTPERSON:**

NAME	<input type="text"/>
VORNAME	<input type="text"/>
STRASSE	<input type="text"/>
PLZ, ORT	<input type="text"/>
MOBIL	<input type="text"/>
TELEFON	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>
FAX	<input type="text"/>

**DATEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON:**

NAME	<input type="text"/>
VORNAME	<input type="text"/>
GEBURTSDATUM	<input type="text"/>
PFLEGEGRAD	<input type="text"/>
GEWICHT (KG)	<input type="text"/>
KÖRPERGRÖßE(CM)	<input type="text"/>
STRASSE	<input type="text"/>
PLZ ORT(WICHTIG)	<input type="text"/>
MOBIL	<input type="text"/>
TELEFON	<input type="text"/>

---



## I.KONTAKTDATEN

### BEZIEHUNG ZUM AUFTRAGGEBER:

- Ehepartner
  Tochter/Sohn
  Gesetzl. Betreuer

### BEVOLLMÄCHTIGTER:

- NEIN  
 JA (VOLLMACHT BITTE BEIFÜGEN)

SONSTIGES...

### MIT WEM WOHT DIE ZU BETREUENDE PERSON ZUSAMMEN ?

- Ehepartner
  Bruder/Schwester  
 Sohn/Tochter
  Alleine  
 Enkel/Enkelin
  Andere Personen – Bitte um Angabe

### BENÖTIGEN DIE WEITEREN PERSONEN AUCH BETREUUNGSLEISTUNGEN ?

- NEIN  
 JA (WIR BITTEN UM EINEN SEPARATEN BETREUUNGSBOGEN.)

### WERDEN IM PATIENTENHAUSHALT LEBENDE PERSONEN HAUSWIRTSCHAFTLICH MITVERSORGT ?

- NEIN  
 JA

## II.VERSORGUNGSSITUATION

### DIAGNOSEN:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> DEMENZ                    | <input type="checkbox"/> ALZHEIMER     | <input type="checkbox"/> DEPRESSION                   |
| <input type="checkbox"/> SCHWERHÖRIGKEIT           | <input type="checkbox"/> BLUTHOCHDRUCK | <input type="checkbox"/> HERZRHYTHMUSSTÖRUNG          |
| <input type="checkbox"/> HERZ -KREISLAUFERKRANKUNG | <input type="checkbox"/> HERZINFARKT   | <input type="checkbox"/> SCHLAGANFALL                 |
| <input type="checkbox"/> PARKINSON                 | <input type="checkbox"/> MS-PATIENT    | <input type="checkbox"/> RHEUMA                       |
| <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSE               | <input type="checkbox"/> ASTHMA        | <input type="checkbox"/> PROBLEME MIT DER SPEISERÖHRE |
| <input type="checkbox"/> DRUCKGESCHWÜR             | <input type="checkbox"/> INKONTINENZ   | <input type="checkbox"/> DAUERKATHETER                |
| <input type="checkbox"/> KÜNSTLICHER DARMAUSGANG   |  | <input type="checkbox"/> CHRONISCHE DURCHFÄLLE        |

## II. VERSORGUNGSSITUATION

### DIAGNOSEN:

- LÄHMUNG
- TUMOR
- ANSTECKENDE KRANKHEITEN
- ALLERGIEN
- BEHINDERUNGEN
- SONSTIGE DIAGNOSEN

### ORIENTIERUNG:

#### PERSÖNLICH

- UNEINGESCHRÄNKT  TEMPORÄR  EINGESCHRÄNKT

#### ÖRTLICH

- UNEINGESCHRÄNKT  TEMPORÄR  EINGESCHRÄNKT

#### ZEITLICH

- UNEINGESCHRÄNKT  TEMPORÄR  EINGESCHRÄNKT

### ANMERKUNGEN:

### VORHANDENEN HILFSMITTEL:

- HÖRGERÄT  BRILLE

### ANMERKUNGEN:

### GEMÜTZUSTAND/ MENTALE VERFASSUNG:

- |  |   |                                     |   |
|--|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> OFFEN         | <input type="checkbox"/> KLAR ANSPRECHBAR | <input type="checkbox"/> LIEB       | <input type="checkbox"/> FRÖHLICH           |
| <input type="checkbox"/> DEPRESSIONEN  | <input type="checkbox"/> ZURÜCKHALTEND    | <input type="checkbox"/> LABIL      | <input type="checkbox"/> APATHISCH          |
| <input type="checkbox"/> STARKE UNRUHE | <input type="checkbox"/> VERGESSLICHKEIT  | <input type="checkbox"/> EINSAMKEIT | <input type="checkbox"/> DESORIENTIERUNG    |
| <input type="checkbox"/> FORDERND      | <input type="checkbox"/> GEREIZT          | <input type="checkbox"/> LAUNISCH   | <input type="checkbox"/> BESTIMMEND         |
| <input type="checkbox"/> ANGSTZUSTÄNDE | <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÄT    | <input type="checkbox"/> KRITISCH   | <input type="checkbox"/> TEILNAHMSLOSIGKEIT |

### ANMERKUNGEN:

## II. VERSORGUNGSSITUATION

### MOBILITÄT:

#### GEHEN

- UNEINGESCHRÄNKT  
 MIT HILFSMITTELN  
 BRAUCHT UNTERSTÜTZUNG (HAND REICHEN)  
 NICHT MÖGLICH

#### AUFSTEHEN

- UNEINGESCHRÄNKT  
 MIT HILFSMITTELN  
 NICHT MÖGLICH  
 BRAUCHT UNTERSTÜTZUNG  
 MUSS GEHOBEN/GESTÜTZT WERDEN

#### STEHEN

- UNEINGESCHRÄNKT  
 BRAUCHT UNTERSTÜTZUNG  
 NICHT MÖGLICH

#### TREPPENSTEIGEN

- UNEINGESCHRÄNKT  
 BRAUCHT UNTERSTÜTZUNG  
 NICHT MÖGLICH

#### BETTLÄGERIGKEIT

- NICHT BETTLÄGRIG  
 MUSS GELAGERT WERDEN  
 HILFT BEIM LAGERN MIT  
 KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

#### VORHANDENEN HILFSMITTEL:

- STOCK  
 HEBELIFTER  
 ROLLATOR  
 PFLEGE BETT  
 ROLLSTUHL  
 DEKUBITUSMATRATZE  
 TREPPENLIFT

#### ANMERKUNGEN:

### INKONTINENZVERSORGUNG

#### URINKONTROLLE

- KONTINENT  
 GELEGENTLICHE PROBLEME  
 INKONTINENT

#### STUHLKONTROLLE

- KONTINENT  
 GELEGENTLICHE PROBLEME  
 INKONTINENT

#### TOILETTENGÄNGE

- SELBSTSTÄNDIG  
 MIT HILFE DER BETREUUNGSKRAFT

## II. VERSORGUNGSSITUATION

### SELBSTSTÄNDIGE BENUTZUNG DER TOILETTE MÖGLICH ?

- JA
  NEIN
  MIT HILFE DER BETREUUNGSKRAFT

### WECHSELN VON INKONTINENZMATERIAL/EINLAGEN

- JA
  NEIN
  MIT HILFE DER BETREUUNGSKRAFT

### HILFSMITTEL:

- VORLAGEN
  WINDELN
  URINFLASCHE  
 DAUERKATHETER
  STOMA (HARNLEITER)
  STOMA (DARM)  
 BETTPFANNE
  TOILETTENSTUHL

### ANMERKUNGEN:

### HYGIENE:

#### BADEN/DUSCHEN

- SELBSTSTÄNDIG
  MIT UNTERSTÜTZUNG
  KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

#### GESICHT

- SELBSTSTÄNDIG
  MIT UNTERSTÜTZUNG
  KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

#### MUNDPFLEGE

- SELBSTSTÄNDIG
  MIT UNTERSTÜTZUNG
  KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

#### OBERKÖRPER

- SELBSTSTÄNDIG
  MIT UNTERSTÜTZUNG
  KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

#### INTIMPFLEGE

- SELBSTSTÄNDIG
  MIT UNTERSTÜTZUNG
  KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

#### UNTERKÖRPER

- SELBSTSTÄNDIG
  MIT UNTERSTÜTZUNG
  KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG



## II. VERSORGUNGSSITUATION

### HAARE WASCHEN

- SELBSTSTÄNDIG       MIT UNTERSTÜTZUNG       KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

### RASIEREN

- SELBSTSTÄNDIG       MIT UNTERSTÜTZUNG       KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

### AN- UND AUSKLEIDEN

- SELBSTSTÄNDIG       MIT UNTERSTÜTZUNG       KOMPLETT HILFSBEDÜRFTIG

### ESSEN UND TRINKEN:

#### ESSEN

- SELBSTSTÄNDIG       MUNDGERECHTE ZUBEREITUNG       HILFE BEI NAHRUNGSAufNAHME

#### TRINKEN

- SELBSTSTÄNDIG       AUF TRINKMENGE ACHTEN       GETRÄNKE REICHEN

#### KAUEN UND SCHLUCKEN

- UNEINGESCHRÄNKT       PASSIERTE NAHRUNG ZUBEREITEN       PEG SONDE

#### DIÄTVORSCHRIFTEN

- JA :

#### NAHRUNGSALLERGIEN

- JA :

#### ANMERKUNGEN (LIEBLINGSSPEISEN, LIEBLINGSGETRÄNKE USW.) :

---

**II. VERSORGUNGSSITUATION**

---

**EINSCHLAFEN UND DURCHSCHLAFEN:****EINSCHLAFEN** PROBLEMLOS EINSCHLAFPROBLEME**DURCHSCHLAFEN** PROBLEMLOS DURCHSCHLAFPROBLEME**MITTAGSSCHLAF** JA, REGELMÄßIG GELEGENTLICH NEIN**EINNAHME VON SCHLAFMITTELN** JA, REGELMÄßIG GELEGENTLICH NEIN**NACHTEINSÄTZE SIND ERFORDERLICH** NEIN SPORADISCH JA, REGELMÄßIG 1MAL PRO NACHT 2 MAL PRO NACHT MEHR ALS 3 EINSÄTZE PRO NACHT**NACHTRUHE**VON CA.  UHR , BIS CA.  UHR**ANMERKUNGEN:** **EINSCHLAFEN UND DURCHSCHLAFEN:****EINSCHLAFEN** PROBLEMLOS EINSCHLAFPROBLEME**DURCHSCHLAFEN** PROBLEMLOS DURCHSCHLAFPROBLEME



## II. VERSORGUNGSSITUATION

### MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND THERAPIEN:

#### MEDIZINISCHE VERSORGUNG , SPRITZEN, VERBÄNDE

 FAMILIE

 ARZT

 MOBILER PFLEGEDIENST

#### THERAPIEN

 LOGOPÄDIE

 KRANKENGYMNASTIK

 ERGOTHERAPIE

#### ANMERKUNGEN:

#### MOBILER PFLEGEDIENST

 KEIN PFLEGEDIENST BEAUFTRAGT

 PFLEGEDIENST WIRD BEAUFTRAGT

#### PFLEGEDIENST KOMMT – WIE OFT ?

#### TAGESPFLEGE

 NEIN

 WIRD BEAUFTRAGT

#### JA – WIE OFT ?

## III. GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN

### HAUSWIRTSCHAFT:

#### EINKAUFEN

 BETREUUNGSKRAFT

 BK UND FAMILIE

 FAMILIE

#### KOCHEN

 BETREUUNGSKRAFT

 ZUSÄTZLICHE HILFE

 FAMILIE

#### SAUBERHALTEN HAUS/WOHNUNG

 BETREUUNGSKRAFT

 ZUSÄTZLICHE HILFE

 FAMILIE

#### WÄSCHE WASCHEN

 BETREUUNGSKRAFT

 ZUSÄTZLICHE HILFE

 FAMILIE

#### BÜGELN

 BETREUUNGSKRAFT

 ZUSÄTZLICHE HILFE

 FAMILIE

#### VERSORGUNG VON HAUSTIEREN

 BETREUUNGSKRAFT

 ZUSÄTZLICHE HILFE

 FAMILIE

#### ANMERKUNGEN:

---

### III.GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN

---

**AKTIVITÄTEN:****SPAZIEREN GEHEN**

JA-WIE OFT?

**GEMEINSAME SPIELE**

JA-WELCHE?

**AUSFLÜGE**

JA-WIE OFT?

**AUTO FAHREN**

JA-WIE OFT?

**ANMERKUNGEN:** 

---

### IV.RAHMENBEDINGUNGEN

---

**ART:**

EINFAMILIENHAUS       MEHRFAMILIENHAUS       WOHNUNG M2

**ORT:**

GROßSTADT       KLEINSTADT       DORF

**LAGE:**

ZENTRAL       ZENTRUMSNAH       LÄNDLICH

**BEFINDEN SICH HAUSTIERE IM HAUSHALT ?**

NEIN  
 JA – WELCHE:

**EINKAUFSMÖGLICHKEITEN ZU FUSS (HINWEG):**

BIS 10 MIN       BIS 20 MIN       BIS 30 MIN  
 BIS 40 MIN       ÜBER EINESTUNDE

**ANMERKUNGEN:**

---

## IV. RAHMENBEDINGUNGEN

### PKW STEHT VOR ORT ZUR VERFÜGUNG:

JA       NEIN       MANUELLES GETRIEBE       AUTOMATIK-GETRIEBE  
 MODELL :

### AUSSTATTUNG DES ZIMMERS FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT:

<input type="checkbox"/> BETT	<input type="checkbox"/> SCHRANK	<input type="checkbox"/> TISCH
<input type="checkbox"/> STUHL	<input type="checkbox"/> RADIO	<input type="checkbox"/> TV
<input type="checkbox"/> COMPUTER	<input type="checkbox"/> WLAN	<input type="checkbox"/> KABELANSCHLUSS
<input type="checkbox"/> EIGENES BAD	<input type="checkbox"/> EIGENES WC	<input type="checkbox"/> INTERNETANSCHLUSS BEANTRAGT

ANMERKUNGEN:

## V. ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL

### GESCHLECHT:

KEINE PRÄFERENZ       MÄNNLICH       WEIBLICH

### ALTER:

KEINE PRÄFERENZ       ALTER VON  BIS  JAHRE

### DEUTSCHKENNTNISSE

<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2
<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2
<input type="checkbox"/> C1	

### RAUCHER

KEINE PRÄFERENZ  
 NUR DRAUßEN       NEIN  
 ANMERKUNGEN:  E- ZIGARETTE



---

## VI. SONSTIGES

---

BETREUUNGSBEGINN GEWÜNSCHT AB:

GEWÜNSCHTE DAUER DER BETREUUNG:

- BIS ZU 1 MONAT  
 BIS ZU 3 MONATE

- BIS ZU 2 MONATE  
 AUF UNBESTIMMTE ZEIT

WER WIRD VERTRAGSPARTNER ?

- KONTAKTPERSON       PATIENT       ANDERE PERSON

WER WIRD RECHNUNGSEMPFÄNGER ?

- VERTRAGSPARTNER       PATIENT

WIE SIND SIE AUS UNS AUFMERKSAM GEWORDEN ?

- INTERNET       ZEITUNG       EMPFEHLUNG DURCH

HIER KÖNNEN SIE SONSTIGE ANGABEN EINTRAGEN, DIE IHNEN WICHTIG ERSCHEINEN UND/ODER FRAGEN STELLEN DIE SIE GEKLÄRT HABEN MÖCHTEN:



---

## VII.EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

---

MIT DEM AUSFÜLLEN DES BETREUUNGSBOGENS ERKLÄREN SIE IHR EINVERSTÄNDNIS, ZUR WEITERVERARBEITUNG IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN UND ANGABEN.

ES OBLIEGT IHRER FREIEN ENTSCHEIDUNG, OB UND WELCHE DATEN UND ANGABEN SIE UNS MITTEILEN. OHNE DIESE KÖNNEN WIR JEDOCH IHRE ANFRAGE NICHT ODER NICHT VOLLSTÄNDIG BEARBEITEN. SIE KÖNNEN SICH AUCH JEDERZEIT MIT UNS TELEFONISCH IN VERBINDUNG SETZEN. BITTE LESEN SIE HIERZU AUCH GERNE DIE DATENSCHUTZERKLÄRUNG AUF UNSERER UNTEN GENANNTEN HOMEPAGE.

IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN UND ANGABEN WERDEN VERTRAULICH UND NUR ZUM ZWECK DER ERSTELLUNG EINES UNVERBINDLICHEN ANGEBOTS, DER DIENSTLEISTUNGSERBRINGUNG SOWIE VERTRAGSABWICKLUNG UND ABRECHNUNG VERARBEITET.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DES AUFTRAGGEBERS