

Wir bitten um Rücksendung an: office@conhestia.de
oder
conHestia GmbH
Scheffelstr. 10
71522 Backnang

1. Kontaktperson / ausgefüllt von:

Frau Herr

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Mobil

PLZ, Ort

E-Mail

Beziehung zum Pflegedürftigen

Tochter/Sohn

Schwester/Bruder

Ehe-/Lebenspartner

Andere

2. Leistungsempfänger (zu betreuende Person)

Frau Herr

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Ort

E-Mail

Familienstand

Alleinstehend

Verheiratet

Verwitwet

Vollmacht erteilt

Ja

Nein

unklar

3. Betreuungszeitraum

Betreuungsbeginn am _____

Dauer der Betreuung unbefristet

befristet bis _____

4. Aktuelle Pflegesituation

4.1 Pflegegrad keiner

beantragt

Ja, folgender _____

Höherstufung beantragt

4.2 Leistungen der Pflegedienste: keine Ja, folgende

4.3 Leistungen, die beibehalten werden: keine folgende

4.4 Hilfsmittel

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Badewannenlift |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Motor |

5. Zu betreuende Person

5.1 Allgemeiner Zustand

- | | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| Körpergröße | cm _____ | Gewicht kg _____ | |
| Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> bettlägerig |
| Fortbewegung | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| Hören | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> taub |
| Sehen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> blind |
| Orientierung | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| Verständigung | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | |
| | <input type="checkbox"/> leichte Verwirrung | <input type="checkbox"/> starke Verwirrung | <input type="checkbox"/> keine wegen Demenz |
| Aufstehen/Hinsetzen | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> aus eigener Kraft, aber mit Hilfe | |
| | <input type="checkbox"/> muss gehoben werden, steht nicht selbstständig | | |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> durch Betreuungskraft |
| Essen/Trinken | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> teilweise mit Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Hygiene | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Überwachung | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| | <input type="checkbox"/> durch Betreuungskraft | | <input type="checkbox"/> Körperpflege im Bett |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Transfer Bett/Rollstuhl | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe, macht mit | <input type="checkbox"/> durch Betreuungskraft |
| Urinkontrolle | <input type="checkbox"/> kontinent | <input type="checkbox"/> teilw. inkontinent | <input type="checkbox"/> inkontinent |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Windel/Vorlagen | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Katheter |
| Stuhlkontrolle | <input type="checkbox"/> kontinent | <input type="checkbox"/> teilw. inkontinent | <input type="checkbox"/> inkontinent |

5.2 Diagnosen und Einschränkungen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Druckgeschwür | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Demenz leicht | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Demenz mittel | <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Demenz stark | <input type="checkbox"/> Künstliche Ernährung | |

Sonstige Krankheiten und Einschränkungen:

6. Notwendige Nachhilfe

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Hilfe notwendig | <input type="checkbox"/> bisher keine Hilfe | <input type="checkbox"/> 1-3 Mal / Woche |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig, _____ Mal / Nacht | | <input type="checkbox"/> unklar |

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Umlagern | <input type="checkbox"/> Toilettengang | <input type="checkbox"/> Tag-/Nachtrhythmus gestört |
|-----------------------------------|--|---|

Sonstiges:

7. Betreuungsumfang

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang | <input type="checkbox"/> Besorgungen | <input type="checkbox"/> Aufstehen und Zubettgehen |
| <input type="checkbox"/> Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> Essenszubereitung | <input type="checkbox"/> Gehunterstützung |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung | <input type="checkbox"/> Diätverpflegung | <input type="checkbox"/> Unterhaltung |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhltransfer | <input type="checkbox"/> Essensgabe | <input type="checkbox"/> Spaziergänge |
| <input type="checkbox"/> Lagerung | <input type="checkbox"/> Waschen/Bügeln | <input type="checkbox"/> Begleitung zu Arztbesuchen |
| <input type="checkbox"/> Überwachung der
Medikamentengabe | <input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung | <input type="checkbox"/> Fahrten zu Terminen |
| | <input type="checkbox"/> Haustierversorgung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

8. Profil der Betreuungskraft

- | | | | |
|-------------------|--|--|---|
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Männlich | <input type="checkbox"/> Irrelevant |
| Alter | <input type="checkbox"/> bis 40 | <input type="checkbox"/> ab 40 | <input type="checkbox"/> Irrelevant |
| Rauchen | <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> Rauchen draußen möglich | <input type="checkbox"/> Irrelevant |
| Deutschkenntnisse | <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse | <input type="checkbox"/> Kommunikativ | <input type="checkbox"/> Gute Kenntnisse |
| Führerschein | <input type="checkbox"/> Erforderlich | <input type="checkbox"/> Gern gesehen | <input type="checkbox"/> Nicht erforderlich |

Sonstiges:

9. Damit das Zusammenleben angenehm verläuft

9.1 Hilfreiche Informationen, z.B. Tagesablauf, Gewohnheiten, Ängste, Wünsche:

9.2 Zu betreuende Person - Interessen/Beschäftigungen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hörbücher | <input type="checkbox"/> Vorlesen lassen | <input type="checkbox"/> Lesen |
| <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Musik spielen | <input type="checkbox"/> Kochen/Backen |
| <input type="checkbox"/> Spaziergänge | <input type="checkbox"/> Unterhaltungen | <input type="checkbox"/> Stricken |
| <input type="checkbox"/> Garten | <input type="checkbox"/> Singen | <input type="checkbox"/> Politik/Geschichte |
| <input type="checkbox"/> Zimmerpflanzen | <input type="checkbox"/> Basteln | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele |
| <input type="checkbox"/> Religion - Kirchengänge | <input type="checkbox"/> Haustiere | <input type="checkbox"/> Ausgehen |

Sonstiges

9.3 Zu betreuende Person - Charaktereigenschaften

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> misstrauisch |
| <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> aktiv | <input type="checkbox"/> leicht erregbar |
| <input type="checkbox"/> distanziert | <input type="checkbox"/> gesprächig | <input type="checkbox"/> kontrollierend |
| <input type="checkbox"/> optimistisch | <input type="checkbox"/> humorvoll | <input type="checkbox"/> neugierig |
| <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

9.4 Die Betreuungskraft - Charaktereigenschaften

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> energisch | <input type="checkbox"/> kräftig | <input type="checkbox"/> durchsetzungsfähig |
| <input type="checkbox"/> geduldig | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> mitfühlend |
| <input type="checkbox"/> distanziert | <input type="checkbox"/> erfahren | <input type="checkbox"/> zurückhaltend |
| <input type="checkbox"/> gesprächig | <input type="checkbox"/> unkompliziert | <input type="checkbox"/> humorvoll |

10. Allgemeines Umfeld

10.1 In welchem Verhältnis lebt die zu betreuende Person

- allein mit (Ehe-)Partner/-in mit Angehörigen

10.2 Zweite Person im Haushalt

- braucht keine Betreuung, für sie muss kein Haushalt geführt werden
 braucht keine Betreuung, Haushaltsführung für die Person zu berücksichtigen
 braucht Betreuung. Bitte separaten Bogen ausfüllen.

10.3 Wohnsituation

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Großstadt | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> zu Fuß |
| <input type="checkbox"/> Stadt | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | <input type="checkbox"/> mit PKW |
| <input type="checkbox"/> Dorf | <input type="checkbox"/> Wohnung, Stock _____ | <input type="checkbox"/> mit Bus |
| | | <input type="checkbox"/> man fährt mit Angehörigen |
| | | <input type="checkbox"/> Einkäufe werden gebracht |

10.4 Unterkunft der Betreuungskraft

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> eigenes abschließbares Zimmer | <input type="checkbox"/> Internetzugang |
| <input type="checkbox"/> Internet wird installiert | <input type="checkbox"/> Radio / TV |
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad <input type="checkbox"/> eigenes WC | <input type="checkbox"/> Badmitbenutzung |

10.5 Mobilität

- Kein Auto vorhanden
 Auto kann zu Betreuungszwecken von der Betreuerin benutzt werden
 Fahrrad kann zu Versorgungszwecken von der Betreuerin benutzt werden

10.6 Weiteres Hauspersonal: _____

10.7 Haustiere

Keine Ja, folgende _____

10.8 Rauchen im Haushalt

Nichtraucherhaushalt Zu betreuende Person raucht Rauchen nur draußen

11 Anreisemöglichkeiten

mit Kleinbus: Anreise zur Adresse, variable Anreisezeiten

mit Linienbus: Anreise zum nächstgelegenen Busbahnhof, Fahrplan mit festen Ankunftszeiten, Abholung durch die Angehörigen

egal

12 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

Empfehlung Presse
 Internet Sonstiges _____

Mit Rücksendung des Formulars wird durch den Übermittler die Einwilligung zur sachgerechten Verwendung der personenbezogenen Daten bestätigt. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift (entfällt bei elektr. Bearbeitung)

Wir versichern, dass alle gemachten Angaben streng vertraulich behandelt und ohne Ihre Einwilligung nicht an Dritte weitergegeben werden. Dieser Fragebogen ist Basis für unsere Angebotserstellung und Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages. Wir verweisen auch auf unsere Datenschutzerklärung, einsehbar unter www.conhestia.de.