

Felder zum ausfüllen von der Betreuung24Nord
Anfang DL:
V-Partner:

ADRESSE / KONTAKT BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

1. Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name

Vorname

Verwandtschaftsgrad

(zu der zu betreuenden Person)

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

2. Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ / Ort

Telefon

BETREUUNGSDAUER

gewünschtes Anfangsdatum

Kurzzeitpflege (KZPF) (bis zu 2 Monaten) :

1 Monat, 6 Wochen, 2 Monate,

Pflege ab 2 Monate:

3 Monate 6 Monate 1 Jahr Unbefristet

DIE ZU BETREUENDE PERSON

Größe: Gewicht Geschlecht: Weiblich Männlich

Wohnt die Zu betreuende Person alleine? ja nein

Wen nein: mit Ehepartner mit Kindern mit Lebensgefährten

Sonstige:

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ja nein

Falls ja füllen Sie bitte einen weiteren Fragebogen aus.

PFLEGEGRAD

Keine:

Wenn ja, welche: 1. 2. 3. 4. 5.

Beantragt: 1. 2. 3. 4. 5.

PFLEGEDIENST

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch einen Pflegedienst: ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

DIAGNOSEN

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

ALLGEMEINE FRAGEN

- Ist die zu betreuende Person bettlägerig? ja nein
- Muss die zu betreuende Person umgelagert werden? ja nein
- Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? ja nein
- Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett? ja nein
- Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ja nein
- Ist die zu betreuende Person ein Raucher? ja nein
- Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? ja nein
- Falls „ja“, welche ansteckende Krankheit?
-
- Leiden andere Im Haushalt Lebenden Personen an ansteckenden Krankheiten? ja nein
- Falls „ja“, welche?

PROBLEME IN DER KOMMUNIKATION

- Sprache: keine teilweise massive Probleme
- Hörvermögen: keine teilweise massive Probleme
- Sehkraft: keine teilweise massive Probleme
- Hilfsmittel:
- Hörgerät: ja nein
- Brille: ja nein

ORIENTIERUNG

- Zeitlich: orientiert zeitweise massive Probleme
- Örtlich: orientiert zeitweise massive Probleme
- Persönlich: orientiert zeitweise massive Probleme

BEWEGUNG

- selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

TREPPENSTEIGEN

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

TRANSFER BETT / ROLLSTUHL

- selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig / kein Transfer

Hilfsmittel:

- Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

BADEN / DUSCHEN

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

HILFSMITTEL

- Stock Nachtstuhl Rollator Rollstuhl
- Pflegebett Dekubitus Matratze Badewannenlift

Sonstige:

KÖRPERPFLEGE

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

URINKONTROLLE

- kontinent
 teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 inkontinent
 mir unbekannt
 Hilfsmittel:
 Windeln
 Vorlagen
 Urinflasche

 Katheter
 suprapubischer Katheter

STUHLKONTROLLE

- kontinent
 teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 inkontinent
 mir unbekannt
 Hilfsmittel:

AN- / AUSKLEIDEN

- selbstständig
 braucht Hilfe
 komplett hilfsbedürftig
 mir unbekannt

ESSEN / TRINKEN

- selbstständig
 braucht Hilfe z. B. beim Schneiden
 komplett hilfsbedürftig
 mir unbekannt

KAU – UND SCHLUCKSTÖRUNGEN

- keine
 Störungen
 PEG Sonde
 Nahrungskarenz
 Trinkkarenz

DIÄT

keine wenn ja, welche:

EIN- / DURCHSCHLAFEN

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf?

1Mal 2 - 3 Mal mehr als 3 Mal

besteht die Möglichkeit den Schlaf tagsüber nachzuholen? ja nein
 (Freizeitstunden ausgenommen)

Bekommt der Patient Schlafmittel: ja nein

AKTUELLE THERAPIEN

keine Krankengymnastik Logopädie

sonstige:

WIE IST DER PATIENT VON WESEN UND CHARAKTER?

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie den Patienten beschreiben / einschätzen würden:

<input type="checkbox"/> fröhlich	<input type="checkbox"/> humorvoll	<input type="checkbox"/> bestimmend	<input type="checkbox"/> unzufrieden
<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> friedlich	<input type="checkbox"/> teilweise verwirrt	<input type="checkbox"/> aggressiv
<input type="checkbox"/> lieb	<input type="checkbox"/> gutmütig	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> launisch
<input type="checkbox"/> kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> sehr gefasst	<input type="checkbox"/> eigensinnig	<input type="checkbox"/> depressiv
<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> dominant	<input type="checkbox"/> starrsinnig	<input type="checkbox"/> eher zurückgezogen
<input type="checkbox"/> charmant	<input type="checkbox"/> umgänglich	<input type="checkbox"/> lustlos	<input type="checkbox"/> bleibt gerne allein
<input type="checkbox"/> sehr dankbar	<input type="checkbox"/> verständnisvoll	<input type="checkbox"/> nicht ansprechbar	(schätzt seine Privatsphäre)
<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> neigt zum Alkohol	<input type="checkbox"/> etwas mürrisch	<input type="checkbox"/> legt großen Wert auf Allgemeinbildung

Sonstiges:

Welche Hobbys hat der Patient:

ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL

GESCHLECHT

- Frau Mann irrelevant

FÜHRERSCHEIN

ja wichtig, Auto ist vorhanden, kann von der Betreuerin genutzt werden und ist entsprechend versichert.

- gern gesehen nein

*Bei Übergabe eines Fahrzeugs an den Dienstleistungserbringer, werden im Falle einer etwaigen Beschädigung des Fahrzeugs oder seines Diebstahls keine Ansprüche gegenüber dem Dienstleister und dem Dienstleistungserbringer gestellt.

RAHMENBEDINGUNGEN

LAGE

- Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

WOHNSITUATION

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige:

EINKAUFSMÖGLICHKEITEN (zu Fuß)

- ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

AUSSTATTUNG DES ZIMMERS FÜR DEN / DIE MITARBEITER / -IN

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV
 Computer Zugang zum Internet Festnetzflatrate (z. Bsp. Telekom)

Bemerkungen:

FREIZEIT

- 3 Std. pro Tag (muss gewährleistet sein) 6 Std. alle 2 Tage
 ein freier Tag in der Woche nach Absprache

ZUSÄTZLICHE VORAUSSETZUNGEN

HAUSTIERE

keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf nein

EINKÄUFE / KOCHEN / ESSENVORBEREITUNG

immer ab und zu nein für wie viele Personen

Lieblingslebensmittel und -getränke:

WÄSCHE WASCHEN / BÜGELN

immer ab und zu nein

Gibt es eine Haushaltshilfe: nein ja

wenn ja, wie oft kommt zum Einsatz:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

BEGLEITUNG BEI ARZTBESUCHEN

immer ab und zu nein

*Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** wahrheitsgemäß und vollständig sind.*

.....
 Datum

.....
 Ort

.....
 Unterschrift

SPRACHKENNTNISSE UND TAGESSÄTZE

Entscheiden Sie selbst welche Preisgruppe Sie in Anspruch nehmen möchten.

BETREUUNG AB 2 MONATEN

B2- gut bis sehr gut (84 €- sehr gut- 88 €/ Tag) B1- befriedigend (80 €/Tag) A 2-ausreichend (73 €/Tag) A 1- schwach (68 €/Tag)

zweite Person im Haushalt 3,50 € / Tag
 Führerschein auf Wunsch 2,00 € / Tag

Bei einer Betreuung von **2 Personen** im Haushalt erhöht sich der Tagessatz um bis zu 30 %. Dies hängt vom Dienstleister und dem Betreuungsaufwand/ Patientenzustand ab.

Diese Tagessätze gelten für eine Betreuungsdauer **ab 2 Monaten /für 1 Person.**

BETREUUNG BIS ZU 2 MONATEN - KURZZEITPFLEGE (KZPF)

gut bis sehr gut (90 €/ Tag) befriedigend (85 €/Tag) ausreichend (75 €/Tag)

Wir werden Ihnen nach der von Ihnen ausgewählten Tagessatzspanne passende Betreuungsvorschläge zukommen lassen.

BEI ALLEN ANGEBOTEN ERHÖHT SICH DER TAGESSATZ FÜR **FEIERTAGE UM 100%**.
DIE LISTE DER FEIERTAGE LIEGT IM VERTRAG BEI.

Die Reisekosten werden je nach Agentur gesondert berechnet.

***schwache Deutschkenntnisse**

Die Betreuungskräfte kommunizieren mit einfachen einzelnen Wörtern

*** ausreichende Deutschkenntnisse**

Die Betreuungskräfte kommunizieren mit einfachen Sätzen.

*** befriedigende Deutschkenntnisse**

Die Betreuungskraft versteht einfach formulierte Sätze und antwortet in einfach gehaltener Sprache. Informationen bezüglich der zu betreuenden Person an Familienangehörige oder Ärzte weiterzugeben ist problemlos für sie.

*** gute Deutschkenntnisse**

Mit einer Betreuungskraft, die über gute Deutschkenntnisse verfügt können Sie sich problemlos unterhalten. Die Damen oder Herren verfügen über einen großen Wortschatz, können sich spontan und fließend verständigen.

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Tagesstruktur

Wenn eine strikte Tagesplanung erforderlich ist (z. Bsp. Krankengymnastik, REHA Maßnahmen, Dialyse o.ä.)

MORGENS:

wecken um Uhr ausschlafen lassen

BADEN / DUSCHEN:

1 x pro Woche 2 x pro Woche 3 x pro Woche 4 x pro Woche
 5 x pro Woche 6 x pro Woche 7 x pro Woche

WICHTIGES FÜR DIE TAGESPLANUNG:

Pflegedienst um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Krankengymnastik um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

REHA Maßnahmen um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Dialyse um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Friseursalon besuche um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Manicure /Pedicure um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Sonstiges: um Uhr

Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

HAT DER PATIENT FESTE ZEITEN ZU DENEN ER ZU BETT GEHT?

ja Täglich um Uhr

nein, Tagesform abhängig

bleibt abends gerne länger wach (braucht zu dieser Zeit nicht unbedingt Betreuung)

UMFRAGE

DIESE FRAGEN SIND AUSSCHLIEßLICH FÜR INTERNE ZWECKE UNSERES UNTERNEHMENS GEDACHT.
WIR WÜRDEN SIE BITTEN SICH KURZ DIE ZEIT ZU NEHMEN UND DIESE AUCH AUSZUFÜLLEN.
SIE HELFEN UNS DAMIT SEHR.

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Krankenhaus:
- Arzt:
- Ihre Freunde
- Weiterempfehlung durch:
- Zeitung:
- Medien:
 - Internet
 - Radio
 - Fernsehen
- Sonstiges:

VIELEN DANK

BETREUUNG 24 NORD

Hinter der Rönnel 1
26919 Brake/Utw.

www.betreuung24nord.de
[info@ betreuung24nord.de](mailto:info@betreuung24nord.de)

Tel.: 04401 930 9888
Fax: 04401 7077962