

# 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. 04351 - 469898**  
Alternativ können Sie uns den ausgefüllten Fragebogen auch zusenden.

**Post:** Sozialagentur Nord GmbH  
Marienthaler Str. 17  
24340 Eckernförde

**Fax:** 04351 - 469899

**E-Mail:** [info@sozialagentur-nord.de](mailto:info@sozialagentur-nord.de)

**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 BETREUNGSBEDÜRFTIGKEIT

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <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 Blasenausgang  künstlicher Darmausgang

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

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

## 2.4 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehen  nicht eingeschränkt  eingeschränkt  stark beeinträchtigt  blind  
Hören  nicht eingeschränkt  eingeschränkt  stark beeinträchtigt  gehörlos  
Sprechen  nicht eingeschränkt  eingeschränkt  stark beeinträchtigt  verstummt

## 2.5 MOBILITÄT

Wie mobil ist die hilfsbedürftige Person im Alltag?

Bewegung  selbstständig  mit Unterstützung  
Treppensteigen  selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich  
Baden/Duschen  selbstständig  mit Unterstützung  vollständig auf Hilfe angewiesen  
An-/Auskleiden  selbstständig  mit Unterstützung  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 Flüssigkeitsaufnahme

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.:  m<sup>2</sup>

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](http://www.sozialagentur.de/datenschutz)**.

Kontakt unseres Datenschutzbeauftragten:

#### **Sozialagentur Nord GmbH**

An der Strusbek 50 | 22926 Ahrensburg

Tel.: 04102 - 779 79 79 | E-Mail: [info@sozialagentur-nord.de](mailto:info@sozialagentur-nord.de)

Datum und Unterschrift