Dr. Eckerts
Pflegekräftevermittlung
DIE PASSENDE VERBINDUNG.

Erhebungsbogen

für eine Betreuungs- und Haushaltshilfe

Um für Ihre individuellen Bedürfnisse die optimale Betreuungskraft zu finden, benötigen wir diesen Erhebungsbogen vollständig ausgefüllt zurück.

Wir erstellen für Sie ein persönliches und unverbindliches Angebot.

Beginn des Einsatzes: ☐ schnellstmöglich ☐ ab: _____

1. Kundendaten (zu betreuende Person)

Vorname, Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Größe: _____

Mobil: _____ Gewicht: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

2. Angaben zur Kontaktperson

Vorname, Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

3. Weitere im Haus lebende Personen

Vorname, Name: _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person: _____

Ist eine weitere Person im Haushalt hilfsbedürftig? ☐ ja ☐ nein

Vorname, Name: _____

Falls ja, bitte einen weiteren Erhebungsbogen komplett ausfüllen.

4. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad: ☐ keinen Pflegegrad ☐ genehmigt ☐ beantragt

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit: _____

Termin mit MDK: _____

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

☐ Allergien	☐ Herzrhythmusstörung	☐ Hypertonie
☐ Alzheimer	☐ Diabetes	☐ Inkontinenz
☐ Chronische Durchfälle	☐ Gehschwäche	☐ Herzinfarkt
☐ COPD	☐ multiple Sklerose	☐ Herzinsuffizienz
☐ Depressionen	☐ Osteoporose	☐ Parkinson
☐ Dekubitus	☐ Rheuma	☐ Schlaganfall
	☐ Stoma	☐ rechts
	☐ Tumor	☐ links

Sonstige: _____

_____

Ansteckende Krankheiten: _____
(leiden andere Personen im Haushalt an ansteckenden Krankheiten?)

_____

Demenz-Anamnese:

Welche Einschränkungen gibt es bei der Orientierung?

☐ Zeitlich: _____ Räumlich: _____

☐ Personell (ggü. anderen Personen): _____

☐ Personell (ggü. sich selbst): _____

Wichtig zu wissen in der Betreuung und Umgang mit der pflegenden Person:

☐ Aggresivität: _____

☐ Angstzustände ☐ Apathie

☐ Gestörter Tag- /Nacht-Rhythmus ☐ Starke Unruhe

☐ Weglauftendenz: _____ Körperpflege wird zugelassen: _____

☐ Hilfsbedürftige Person braucht direkte Ansprache: _____

☐ Hilfsbedürftige Person will in Ruhe gelassen werden: _____

Grundsätzliche Fragen

Ist die zu betreuende Person bettlägrig?	☐ ja	☐ nein
Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	☐ ja	☐ nein
Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?	☐ ja	☐ nein
Benötigt die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett zum Rollstuhl?	☐ ja	☐ nein
Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit?	☐ ja	☐ nein
Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	☐ ja	☐ nein

Welcher? _____

Wie oft? _____

Welche Tätigkeiten? _____

Inkontinenz

Harninkontinenz	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ immer
Stuhlinkontinenz	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ immer
Hilfsmittel	☐ Windeln	☐ Vorlagen	☐ Urinflasche
	☐ Katheter	☐ suprapubischer Katheter	

Sonstiges: _____

Essen und Trinken

Ernährungszustand ☐ normal ☐ unterernährt ☐ adipös ☐ entwässert

Kostform ☐ normal ☐ vollwert ☐ vegetarisch ☐ Sonder-/Diabetikerkost

Diätvorschriften oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____

_____

Probleme beim Essen? ☐ ja ☐ nein

Kau-/ Schluckstörungen? ☐ ja ☐ nein

Probleme beim Trinken? ☐ ja ☐ nein

PEG-Sonde? ☐ ja ☐ nein

Trinkmenge ☐ normal ☐ wenig ☐ darauf achten

Sonstiges _____

Nachtruhe

Schlafenszeit von ca.: _____ Uhr bis ca.: _____ Uhr

Schlafstörungen ☐ ja ☐ nein

Wie oft pro Nacht? ☐ 1 x ☐ 2 – 3 x ☐ mehr als 3x

Benötigt Unterstützung? ☐ ja ☐ nein

Werden Schlafmittel eingenommen? _____

Sonstiges _____

Aktuelle Therapien

Befindet sich die zu betreuende Person in Therapie? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? _____

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt ☐ selbstständig ☐ unter Aufsicht ☐ unselbstständig

Freizeit und Aktivitäten

Tagesgestaltung ☐ selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbstständig

Kann sich beschäftigen ☐ selbstständig ☐ unter Anleitung ☐ unselbstständig

Hobbys und Interessen? _____

_____

Außenaktivitäten (Spaziergänge/Treffen/Veranstaltungen)? _____

_____

Wesen und Charakter

Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person?

☐ offen ☐ ruhig ☐ ordnungsliebend ☐ humorvoll

☐ aufgeregt ☐ bestimmend ☐ freundlich ☐ depressiv

☐ kleinlich ☐ lieb ☐ zornig ☐ aggressiv

☐ anhänglich ☐ fordernd Sonstiges: _____

_____

Probleme bei der Kommunikation

Sprache ☐ keine ☐ mäßige ☐ massive

Hören ☐ keine ☐ mäßige ☐ massive

Sehen ☐ keine ☐ mäßige ☐ massive

Hilfsmittel ☐ Brille ☐ Hörgerät

Sonstiges: _____

_____

Einschränkungen in der Bewegung und Motorik

Hinlegen und Aufstehen ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Hinsetzen und Aufstehen ☐ selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Stehen ☐ Selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Gehen ☐ Selbstständig ☐ bedingt selbstständig ☐ unselbstständig

Transfer (Umsetzen)	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig
Lagern im Bett (Umdrehen)	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig

Anmerkungen: _____

_____

Hilfsmittel

☐ Gehstock	☐ Rollator	☐ Patientenlifter
☐ Rollstuhl	☐ Toilettensitzerhöhung	☐ Toilettenstuhl
☐ Duschstuhl/-hocker	☐ Badewannenlift	☐ Dekubitusmatratze
☐ Pflegebett	☐ Treppenlift	☐ Sonstiges: _____

Körperpflege

Waschen am Waschbecken	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig
Waschen im Bett	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig
Mund-/ Zahn-/Protesenpflege	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig
Intimpflege	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig
Haarpflege	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig
Rasieren	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig
Hautpflege	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig
Baden und Duschen	☐ selbstständig	☐ bedingt selbstständig	☐ unselbstständig

Wie oft pro Woche? _____

Anmerkungen: _____

_____

_____

5. Angaben zur Betreuungskraft

Alter	☐ 25 – 35 Jahre	☐ 35 – 50 Jahre	☐ älter als 50 Jahre	☐ irrelevant
Geschlecht	☐ Frau	☐ Mann		☐ irrelevant
Raucher/in	☐ ja	☐ nein	☐ nur draußen	

Auswahl Kategorie	Tagespreis	Monat-Komplettpreis (30 Tage)
☐ **Kategorie 1**	_____	_____

sehr gute - gute Deutschkenntnisse, langjährige Erfahrung im Bereich der Grund- pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, verschiedene Erfahrungen in speziellen Themenfeldern wie z.B. Demenz, Parkinson

☐ **Kategorie 2** _____

gute - mittlere Deutschkenntnisse, mehrjährige Erfahrung im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, Betreuung auch in speziellen Themenfeldern wie z.B. Demenz, Lähmungen

Auswahl möglicher Zusatzkosten	Tagespreis	Monat (30 Tage)
☐ zweite, im Haushalt lebende, Person mit kompletter Betreuung	28.00 €	840.0 0 €
☐ zweite, im Haushalt lebende, Person benötigt Haushalts-Betreuung	8.00 €	240.0 0 €
☐ Betreuungskraft muss öfters als 1x in der Nacht aufstehen und Hilfe leisten	8.00 €	240.0 0 €
☐ Betreuungskraft mit Führerschein, Fahrzeug muss gestellt werden	4.00 €	120.0 0 €

Führerschein ☐ ja, mit Fahrpraxis ☐ nein ☐ irrelevant

Welches Auto wird zur Verfügung gestellt?

Marke/Model: _____

☐ Automatikgetriebe ☐ Schaltgetriebe

Feiertage: Weihnachten, 1. Weihnachtsfeiertag, 2. Weihnachtsfeiertag, Neujahr, Ostersonntag, Ostermontag, Pfingstsonntag, Maria Himmelfahrt: 100% Aufschlag auf den jeweiligen Tagespreis
In Polen statt Pfingstsonntag & Maria Himmelfahrt = 1. Mai und 1.November

Schwerpunkte für die Betreuungskraft

☐ Grundpflege
☐ Mobilität
☐ Verpflegung und Ernährung
☐ Hauswirtschaftliche Aktivitäten
☐ Alltägliche Aktivitäten

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es zusätzliche Haushaltshilfen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft kommen diese zum Einsatz und in welchem Umfang?

_____

_____

Aufgaben der Betreuungskraft

☐ Kochen ☐ einkaufen gehen ☐ Wäsche waschen ☐ Pflege der Zimmerpflanzen

☐ Bügeln ☐ spazieren gehen ☐ Arztbesuche ☐ Freizeitgestaltung

☐ Gemeinsame Ausflüge ☐ Reinigung des Arbeitsplatzes

☐ Versorgung von Haustieren/Welche? _____

6. Beschreibung der Wohnsituation

Die zu betreuende Person lebt in

☐ Stadt ☐ Vorstadt ☐ Dorf ☐ ländlich

Wohnsituation

☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung ☐ Sonstiges

Einkaufsmöglichkeiten sind zu Fuß erreichbar in ca.

☐ 10 Min. ☐ 20 Min. ☐ 30 Min. ☐ mehr als 30 Min.

Für die Betreuungskraft kann ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? (Grundbedingung)

☐ ja ☐ nein

Zimmerausstattung

☐ Bett ☐ Tisch ☐ Schrank ☐ Radio

☐ TV ☐ Internet ☐ eigenes Bad

Für die Freizeit kann genutzt werden

☐ Garten ☐ Fahrrad

7. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Krankenhaus ☐ Arzt ☐ Beratungsstelle ☐ Internet

☐ Zeitung ☐ Bekannte ☐ Pflegedienst ☐ Sonstiges: _____

_____

Anwesend bei der Erstellung des Erhebungsbogens

☐ Leistungsempfänger ☐ Kontaktperson ☐ Pflegekraft (z.B. Pflegedienst)

☐ Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Dr. Eckerts Pflegekräftevermittlung UG (haftungsbeschränkt), Kurt-Schumacher-Straße 32A, 61267 Neu-Anspach, die in diesem Erhebungsbogen enthaltenen persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung (einzusehen unter https://www.dr-eckerts-pflegekraeftevermittlung.de/)

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der abgegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der Dr. Eckerts Pflegekräftevermittlung UG (haftungsbeschränkt) kontaktiert zu werden.

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

Ort, Datum _____ Unterschrift _____