

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen

per Mail an **kontakt@betreuungswelt.de**

per Fax an **0211 – 1760 7729**

per Post an **Betreuungswelt GmbH, Düsseldorfer Str. 157, 40545 Düsseldorf**

Allgemeine Angaben der Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer (Mobil): _____

Telefonnummer (Privat): _____

Telefonnummer (Büro): _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Allgemeine Angaben des Patienten

Name, Vorname: _____

Geschlecht: Weiblich Männlich Gewicht: _____

Geburtsdatum: . . . Größe: _____

Familienstand: Verheiratet Alleinstehend Verwitwet

Personen im Haushalt: _____

Pflegebedürftige Mitbewohner: _____

Adresse: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer (Mobil): _____

Telefonnummer (Privat): _____

E-Mail: _____

Wurde die zu betreuende Person bereits durch eine 24-Stunden-Kraft betreut? _____

Pflegegrad	Kein	1	2	3	4	5
Beantragt:		1	2	3	4	5

Diagnosen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (m. Insulin) | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts | <input type="checkbox"/> Schlaganfall links |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Mult. Sklerose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheit | wenn ja, welche : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | wenn ja, welche : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | _____ | |

Ambulante Pflegedienste vor Ort

- Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt: Ja Nein
- Falls Ja, wie oft kommen Pfleger pro Tag: _____
- Wird Pflegedienst auch zukünftig genutzt? Ja Nein
- Welche Aufgaben verrichten die Pfleger:
- _____

Orientierung

- | | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| Persönlich: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |
| Örtlich: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |
| Zeitlich: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Temporär | <input type="checkbox"/> Sehr eingeschränkt |

Mobilität generell

Selbständig Leicht gehbehindert Rollator Rollstuhl Bettlägerig

Treppensteigen

Selbständig mit Unterstützung nicht möglich

Mobilität – Bett/Rollstuhl/Bett

Selbständig
 Mit Unterstützung
 Komplett hilfsbedürftig
 Bettlägerig (kein Transfer)

Vorhandene Hilfsmittel:

Pflegebett
 Lift
 Dekubitus-Matratze
 Rollstuhl
 Rollator

Andere Hilfsmittel:

Urinkontrolle

kontinent
 teilweise inkontinent
 inkontinent

Hilfsmittel:

Windeln
 Vorlagen
 Urinflasche
 Katheter
 Suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle

kontinent
 teilweise inkontinent
 inkontinent

An-/Auskleiden: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Baden bzw. Duschen und Körperpflege

Baden/Duschen: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Gesicht: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Mundpflege: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Oberkörper: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Gesäß/Beine: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Intimpflege: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Haare waschen: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Rasieren: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Handpflege: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Fußpflege: selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen / Trinken

- Selbständig Mit Hilfe Komplett hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

- Keine Störungen PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät bzw. Speiseplan

- Keine Falls ja, was genau:
-

Einschlafen und Durchschlafen

- Problemlos Sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

Nachteinsätze

Wie häufig? _____

- Keine Sporadisch

Zu welchen Uhrzeiten? _____

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Patienten

Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

Profil des Personals

- Männlich Weiblich Egal

Sprachkenntnisse:

(Mehrfachnennungen erwünscht)

- Sehr gut Gut Befriedigend
 Ausreichend Mangelhaft keine Deutschkenntnisse

Budget _____ €

Haushalt und Wohnsituation

Ort	Großstadt	Kleinstadt	Dorf
Haus	Einfamilienh.	Mehrfamilienhaus	Wohnung
Wohnsituation der Betreuungskraft:	eigene Wohnung		eigenes Zimmer

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (zu Fuß erreichbar):

ca. 10 min
 ca. 20 min
 ca. 40 min
 ca. 60 min
 länger als 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

eigenes Bad
 eigenes Bett
 Tisch
 Schrank
 Radio
 TV
 Computer
 Internetzugang
 Telefonflatrate nach Polen möglich
 Internetzug. beantragt*

*Dringend empfohlen, falls noch nicht vorhanden!

Rauchen gestattet?
 im Freien
 eher nicht
 Nein

Haustiere:
 keine
 Wenn ja, welche: _____

Sollen diese Tiere mit versorgt werden?
 Ja
 Nach Bedarf
 Nein

Einkäufe/Kochen/Essensvorbereitung:
 immer
 gelegentlich
 Nie

Waschen/Bügeln:
 immer
 gelegentlich
 Nie

Begleitung bei Arzt-
und Apothekenbesuchen:
 Immer
 Gelegentlich
 Nie

Gibt es eine Haushaltshilfe?
 Nein
 Falls ja, wie oft in der Woche: _____

Gewünschter Starttermin für die Betreuung: _____

Tagesstruktur

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Unser Personalvorschlag bei gegebener Pflegesituation ist abhängig von der pflegerischen Erfahrung und den Deutschkenntnissen unserer Betreuungskräfte. Bitte geben Sie bei offenen Fragen Ihre Präferenz an:

Berufliche und pflegerische Erfahrung Deutschkenntnisse

Wie sind Sie auf Betreuungswelt aufmerksam geworden?

Familie/Bekannte

Broschüre

Internet

Fahrzeugwerbung

Krankenhaus

Plakatwerbung

Pflegedienst

Postwurfsendung

Sonstiges: _____

Wo sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Haben Sie bereits oder wünschen Sie einen bestimmten Ansprechpartner?

Haben Sie sonstige Fragen oder Anregungen?

UNSERE EMPFEHLUNG: Nutzen Sie die Möglichkeit sich vorzustellen, damit interessierte Betreuungskräfte sich ein positives Bild von Ihrer Situation machen können. Vielleicht haben Sie Fotos, z.B. von der zu betreuenden Person, von der Familie, vom Zimmer der Betreuungskraft oder von Sehenswürdigkeiten aus Ihrer Umgebung.

Ich habe die [Datenschutzerklärung \(www.betreuungswelt.de/datenschutzerklaerung/\)](http://www.betreuungswelt.de/datenschutzerklaerung/) zur Kenntnis genommen. Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenanfrage durch Betreuungswelt kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist schriftlich an die Firma Betreuungswelt GmbH zu richten.

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

**Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag.
Die Angebotserstellung ist für Sie unverbindlich und kostenfrei.**

Ort, Datum

Unterschrift