

# Aufnahmebogen:

## Dauer der Pflege

Beginn des Einsatzes \_\_\_\_\_ voraus. Dauer des Einsatzes \_\_\_\_\_

- Fixtermin  Zirka-Angabe

## Angaben zur Kontaktperson (Auftraggeber)

Name Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person

- Ehepartner/in  Tochter/Sohn  Enkel/in  Gesetzl. Betreuer/in  Andere

## Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Größe / Gewicht \_\_\_\_\_

## Wen kann die Betreuungsperson im Notfall kontaktieren?

Name Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Beruflich \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten Hausarzt**

Name Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Lebt die zu betreuende Person alleine?  JA  NEIN

Falls nein: Wer ist der Mitbewohner?

Ehepartner/in  Tochter/Sohn  Enkel/in  Gesetzl. Betreuer/in  Andere

Name Vorname \_\_\_\_\_

Falls nein: Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig?  JA  NEIN

Falls ja: Bitte einen zweiten Fragebogen ausfüllen.

**Angaben zur Pflegebedürftigkeit**

Pflegegrad aktuell  kein

Pflegegrad  1  2  3  4  5

Pflegegrad beantragt  1  2  3  4  5

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?  JA  NEIN

Wenn ja, soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen  JA  NEIN

Welcher ambulante Pflegedienst

Wie oft täglich? \_\_\_\_\_

Für welche Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege?  JA  NEIN

Falls ja, wie oft?

Werden sonstige Hilfsleistungen durch Dritte erbracht?  JA  NEIN

**Aktuelle Therapien**

Beindet sich die zu betreuende Person in Therapie?  JA  NEIN

Ergotherapie  Musiktherapie  Beschäftigungstherapie

Logopädie  Krankengymnastik  Physiotherapie

**Welche Krankheitsbilder oder Stimmungen sind bekannt?**

<input type="checkbox"/> Schlaganfall, rechts <input type="checkbox"/> Schlaganfall, links <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Ängstlich <input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahmslosigkeit) <input type="checkbox"/> Euphorisch <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus <input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> starke Unruhe	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Weglauftendenz
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sonstige

---



---

**Grundsätzliche Fragen**

Ist die zu betreuende Person bettlägerig?  JA  NEIN

Falls bettlägerig: Hilfe beim Umlagern  JA  NEIN

Dekubitus (Druckgeschwür) wird versorgt von \_\_\_\_\_

Muss die zu betreuende Person gelagert werden?  JA  NEIN

Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen?  JA  NEIN

Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl?  JA  NEIN

Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit?  JA  NEIN

Ist die zu betreuende Person Raucher?  JA  NEIN

Anmerkungen

---

**Ansteckende Krankheiten**

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z.B. MRSA bekannt?  JA  NEIN

Falls ja, welche Krankheiten oder Keime?

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?  JA  NEIN

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten?  JA  NEIN

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Essen und Trinken**

Ernährungszustand  Normal  Unterernährt  Fettleibig  Entwässert

Kostform/Diät  Normal  Vollwert  Vegetarisch  Sonderkost  Diabeteskost

Nahrungsmittelunverträglichkeiten  JA  NEIN

Probleme beim Essen?  JA  NEIN

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Diätvorschriften,  JA  NEIN und zwar \_\_\_\_\_

Kau-/Schluckstörungen?  JA  NEIN PEG-Sonde?  JA  NEIN

Probleme beim Trinken  JA  NEIN Trinkmenge  normal  wenig  viel

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme**

Einnahme erfolgt  selbstständig  unter Aufsicht  unselbstständig

**Nachtruhe**

von ca. \_\_\_\_\_ Uhr bis ca. \_\_\_\_\_ Uhr Schläft durch.

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen?  JA  NEIN

Falls ja, steht wie häufig nachts auf?  1-2 mal  2-3 mal  mehr als 3 mal

Falls ja, benötigt Unterstützung?  JA  NEIN

Werden Schlafmittel eingenommen?  JA  NEIN

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**Ausscheidungen**

Harninkontinenz  nein  gelegentlich  immer

Stuhlinkontinenz  nein  gelegentlich  immer

Hilfsmittel

Windeln  Vorlagen  Urinflasche

Katheter  suprapubischer Katheter  Sonstige

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**Wesen und Charakter**

Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person

- Offen                       Humorvoll    Freundlich
- Lieb                          Anhänglich  Ruhig
- Aufgeregt    Depressiv    Zornig
- Fordernd                  Ordnungsliebend          Bestimmend
- Kleinlich                  Aggressiv    Andere

Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

<input type="checkbox"/> Kochen/Backen <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/> Natur/Tiere <input type="checkbox"/> Spazieren gehen <input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Lesen/Literatur <input type="checkbox"/> Sonstiges
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Freizeit und Beschäftigung**

- Tagesgestaltung                  selbstständig                  unter Anleitung                  unselbstständig
- Kann sich beschäftigen          selbstständig                  unter Anleitung                  unselbstständig
- Ehemalige berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

- Beliebte Außenaktivitäten     Spaziergänge  Treffen von Familie/Bekannten  Garten
- Tagesrhythmus bestimmende Tätigkeiten \_\_\_\_\_

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**Probleme bei der Kommunikation**

- Sprache                             keine                             mäßige                             massive
- Hörvermögen  keine                             mäßige                             massive
- Sehkraft                             keine                             mäßige                             massive
- Hilfsmittel                         Brille                             Hörgerät    sonstige

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**Probleme bei der Orientierung**

- Zeitliche                             keine                             mäßige                             massive
- örtliche                               keine                             mäßige                             massive
- persönliche                         keine                             mäßige                             massive
- situative                             keine                             mäßige                             massive
- Bewusstsein (Gedächtnis)  keine                             mäßige                             massive
- Auswahl der Kleidung          keine                             mäßige                             massive

Anmerkungen \_\_\_\_\_

## Motorische Einschränkungen

Hinlegen und Aufstehen     selbstständig     mit Unterstützung     komplett auf Hilfe angewiesen

Hinsetzen und Aufstehen     selbstständig     mit Unterstützung     komplett auf Hilfe angewiesen

Stehen     selbstständig     mit Unterstützung     komplett auf Hilfe angewiesen

Gehen     selbstständig     mit Unterstützung     komplett auf Hilfe angewiesen

Umgang mit Gehhilfen     selbstständig     mit Unterstützung     komplett auf Hilfe angewiesen

Umgang mit Rollstuhl     selbstständig     mit Unterstützung     komplett auf Hilfe angewiesen

Transfer (Umsetzen)     selbstständig     mit Unterstützung     komplett auf Hilfe angewiesen

Lagern im Bett  
(Umdrehen)     selbstständig     mit Unterstützung     komplett auf Hilfe angewiesen

Anmerkungen

---



---

### Hilfsmittel bei motorischen Einschränkungen

<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Patientenlifter
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anmerkungen		

### Körperpflege

Waschen am Waschbecken	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Waschen im Bett	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Mund-/Zahn-/Prothesenpflege	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Intimpflege nach Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Rasieren	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Nagel-/Fußpflege	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Wie oft pro Woche?	<input type="checkbox"/>	1-2mal	<input type="checkbox"/>	3-4mal	<input type="checkbox"/>	täglich
Anmerkungen						

### Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

#### Sprachkenntnisse der Betreuungskraft

Exklusiv

*Sehr umfangreicher Wortschatz aus dem Alltag, Betreuungs- und Pflegebereich, langjährige Erfahrung in Seniorenbetreuung, hohe Qualifikationen in der Betreuung und Pflege. Hohe Fachkompetenz. z.B. Krankenpfleger, Altenpfleger etc.*

Qualität A

reichen Wortschatz, im Stande in den meisten Fällen sprachlich zu reagieren, kennt den Wortschatz aus dem Bereich der Haushaltsführung und Seniorenbetreuung sowie ihn ohne Schwierigkeiten

verwenden zu können, führt Telefongespräche.

Qualität B

*Mittlere Deutschkenntnisse, verfügt Grundwortschatz aus dem Alltags- und Betreuungsbereich. Mehrjährige Erfahrung im Bereich der Seniorengrundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, gute Qualifikationen.*

Qualität C

Minderwertige Kenntnisse der deutschen Sprache, evtl. verfügt sie über einen sehr geringen Wortschatz, spricht und versteht einzelne Worte aus dem Alltags- und Betreuungsbereich. Erfahrungen in Seniorenbetreuung. Gute Heimaterfahrungen.

irrelevant

**Ihre Wünsche zur Betreuungskraft** (optional, keine Garantie)

- Alter  20 - 35 Jahre  35 - 50 Jahre  älter als 50 Jahre  irrelevant
- Geschlecht  Frau  Mann  irrelevant
- Nichtraucher/in  irrelevant  Rauchen nur außerhalb der Wohnräume
- unbedingt Nichtraucher

Kommentare

---



---

**Führerschein gewünscht?**

<input type="checkbox"/> Ja, mit Fahrpraxis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> irrelevant
Marke, Modell und Kennzeichen des zu nutzenden PKW		
	<input type="checkbox"/> Schaltgetriebe	<input type="checkbox"/> Automatikgetriebe

**Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung**

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie oft soll sie zum Einsatz kommen und in welchem Umfang?		



**Welche Aufgaben sollen erbracht werden?**

Einkaufen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Kochen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Abwaschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Bügeln	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Reinigung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Begleitung zum Arzt	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt?			

**Zusätzliche Tätigkeiten im Haushalt**

<input type="checkbox"/> aufräumen	<input type="checkbox"/> Blumen gießen	<input type="checkbox"/> Speisenplanung	<input type="checkbox"/> Versorgung der Haustiere
Gibt es Haustiere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	Andere

**Beschreibung der Wohnsituation**

Wohnlage	<input type="checkbox"/> Stadt (zentral)	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> ländlich
	<input type="checkbox"/> Stadt (abgelegen)	<input type="checkbox"/> Dorf	

Wohnumgebung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung
	<input type="checkbox"/> Sonstige		

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.			
<input type="checkbox"/> 10 Minuten	<input type="checkbox"/> 20 Minuten	<input type="checkbox"/> 30 Minuten	<input type="checkbox"/> mehr als 30
Anmerkungen			

Kann der Betreuungskraft ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? (Wenn nein, kann die Leistung nicht erbracht werden.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

**Zimmerausstattung für Betreuungskraft**

<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Tisch
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> eigenes Bad
<input type="checkbox"/> Internetzugang	<input type="checkbox"/> Computer	

**Für Freizeitaktivitäten steht zur Verfügung**

<input type="checkbox"/> Garten	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> Sonstige:
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Seniorenbüro
<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Wie können wir Sie am besten erreichen?	<input type="checkbox"/> Telefonisch	<input type="checkbox"/> per E-Mail	<input type="checkbox"/> per Post
-----------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

**Anwesend bei der Erstellung der Anamnese**

Kunde

Angehörige/Bezugsperson

Pflegekraft (z.B. Pflegedienst)

---



---



---

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die PROmed die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen, persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung.

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der PROmed kontaktiert zu werden.

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

Ort Datum Unterschrift