

Betreuungs-Fragebogen

Dieser Betreuungsfragebogen ist ein tragender Bestandteil der Auswahl der geeigneten Pflege- und/oder Betreuungskräfte. Nehmen Sie sich bitte Zeit und versuchen Sie, die folgenden Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Je ausführlicher die Informationen sind, umso besser wird die vorgeschlagene Betreuungskraft passen.

Alle von Ihnen genannten Daten werden absolut vertraulich behandelt. Wir sind für Sie telefonisch unter +43 664 882 96 855 erreichbar oder auch per E-Mail: office@betreungdemenz.at. Diese Seite wird nur intern verwendet und nicht weitergegeben.

Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name, Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Beziehung zum LE:

Angaben zum Leistungsempfänger (LE)

Name, Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort

Telefon/Mobil:

SV-Nr./Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe:

Blutgruppe:

1. Wie viele Personen leben im Haushalt?

- Die Person lebt allein im Haushalt
- Die Person lebt mit einem **Haustier**
- Es lebt eine weitere Person im Haushalt, diese ist nicht hilfsbedürftig
- Es lebt eine weitere Person im Haushalt, diese ist ebenso hilfsbedürftig

2. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad

1	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>		

Krankenkasse: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Name und Adresse des Hausarztes: _____

3. Folgende Krankheitsbilder liegen vor:

- Allergien
- Ansteckende Krankheiten
- Alzheimer
- Asthma
- Dekubitus
- Beginnende Demenz
- Mittlere/fort. Demenz
- Depressionen

- Diabetes
- Chron. Durchfall
- Gehschwäche
- Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Herzrhythmusstörungen
- Hypertonie
- Inkontinenz

- Kognitive Einschränkungen
- Krebserkrankung
- Multiple Sklerose
- Osteoporose
- Parkinson
- Rheuma
- Schlaganfall
- Stoma

Sonstiges:

4. Aktueller Zustand des LE

	Ja	Nein
Ist die Person bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss die Person gelagert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird die Person im Bett gewaschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss die Person nachts aktiv überwacht werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet jemand im Haushalt an ansteckenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer und welche Krankheit?		

5. Kommunikation/ Bewegung

	gut	eingeschränkt	schlecht
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transfer (aufstehen/umsetzen von Stuhl und Bett)

- Transfer ist nicht möglich
- Benötigt leichte Unterstützung
- Patient hilft aktiv mit
- Patient hilft nicht mit
- Patient muss gehoben/getragen werden

6. Vorhandene Hilfsmittel

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aufzug im Haus | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift/-sitz | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Bodeneben Dusche | <input type="checkbox"/> Stock |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus-Matratze | <input type="checkbox"/> Transferlifter |
| <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Körperlicher Zustand

Normal
 Unterernährt
 Fettleibig
 Entwässert

Diät

Normal
 Vollwert
 Diabeteskost

Trinken

Normal
 Wenig
 Viel
 Erinnern zu Trinken

Sonstiges zur Nahrungsaufnahme/ Unverträglichkeiten/ Vorlieben:

10. Tagesrhythmus

Aufstehen ca. _____ Uhr

Mittagsschlaf ca. _____ Uhr

Abendruhe ca. _____ Uhr

11. Nur bei Demenz

- Aggressivität
- Angstzustand
- Gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus
- Weglauftendenz
- Benötigt eine direkte Ansprache

- Apathie
- Starke Unruhe
- Körperpflege wird zugelassen
- Will in Ruhe gelassen werden

12. Aktuelle Therapie

Krankengymnastik

Logopädie

Ergotherapie

13. Hobbies und Interessen

Aktuelle Hobbies, liebe Freizeitbeschäftigungen, ...

14. Wohnsituation

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung

Dorf/Land

(Bauern-) Hof

Fläche im Haushalt:

Einkaufsmöglichkeiten:

Haustiere?

Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft (bei 24H Betreuung)

Ja

Nein

TV

Internet

Eigener Wohnbereich

Eigene Toilette/Bad

Balkon/ Terrasse

Sonstige Informationen:

15. Wünsche zur Betreuung/ Betreuungskraft

Geschlecht:
 Alter:

Gewünschter Beginn:
 Gewünschte Dauer:

Aufgaben die übernommen werden sollten:

Kochen	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Bügeln	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		Wohnumfeld putzen	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Einkaufen	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Spazieren gehen	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		Arztbesuche	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Wäsche waschen	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Ausflüge machen	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		Pflanzen gießen	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>

Sonstige Informationen

Was ist Ihnen bei der Betreuung wichtig?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Sonstige WICHTIGE Informationen:

Gesetzliche Vertretung:

Alma Besirevic, MSC,

Angabe zur Verarbeitungstätigkeit:

Zweck der Verarbeitungstätigkeit: Datenerfassung zur Vermittlung der geeigneten Pflegeform.

Ich gebe mit meiner Unterschrift mein ausdrückliches Einverständnis, dass Demenz-Kompetenz-Liebe die in diesem Fragebogen enthaltenen, persönlichen Daten zur/m Hilfebedürftigen und zu mir als Kontaktperson im Rahmen der Abwicklung dieser Anfrage verwendet werden darf. Für die Bearbeitung meiner Anfrage dürfen diese Daten an Vertragspartner weitergegeben werden. Aufgrund meiner Angaben wird mir DKL ein Vertragsangebot/Personalvorschlag zur Entsendung einer Betreuungskraft des/der Hilfebedürftigen unterbreiten.

Ort, Datum

Unterschrift