



Hamburg Betreuungsdienst

## Fragebogen Betreuung

### Angaben zur Kontaktperson

Nachname:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort
Telefon (zu Haus):	Telefon (Arbeit):
Telefon (mobil):	E-Mail:
Fax:	Verwandtschaftsgrad (zur betreuenden Person)

### Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Nachname:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort
Telefon:	Telefon (mobil):
Fax:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Größe in cm:
Raucher: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein (bitte ankreuzen)	Gewicht in kg:

### Allgemeines – bitte kreuzen Sie zutreffend jeweils an.

Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> beantragt	
Pflegeversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich		<input type="checkbox"/> Privat		Vers.-nr.				
Sprache:	<input type="checkbox"/> gut		<input type="checkbox"/> eingeschränkt		<input type="checkbox"/> nicht möglich				
Sehkraft:	<input type="checkbox"/> gut		<input type="checkbox"/> eingeschränkt		<input type="checkbox"/> massive Probleme				
Brille:	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein					
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> gut		<input type="checkbox"/> eingeschränkt		<input type="checkbox"/> massive Probleme				
Hörgerät:	<input type="checkbox"/> gut			<input type="checkbox"/> nein					
Nächtliche Hilfe:	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich			<input type="checkbox"/> mehrfach erforderlich		<input type="checkbox"/> einmal erforderlich			
Bewegung: Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt			<input type="checkbox"/> mit Rollstuhl		<input type="checkbox"/> selbstständig			<input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> Bettlägerig
Transfer Bett/Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> selbstständig			<input type="checkbox"/> mit Hilfe					
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Krücken/ Stock			<input type="checkbox"/> Pflegebett		<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl			
Orientierung (zeitlich/örtlich):	<input type="checkbox"/> gut			<input type="checkbox"/> massive Probleme		<input type="checkbox"/> zeitweise			
Geistiger Zustand:	<input type="checkbox"/> klar			<input type="checkbox"/> teilnamslos		<input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> nicht ansprechbar			
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> selbstständig			<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig		<input type="checkbox"/> mit Hilfe			
Kau - & Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein					
Diät:	<input type="checkbox"/> wenn ja, welche:								
Toilette:	<input type="checkbox"/> selbstständig			<input type="checkbox"/> Teilinkontinenz		<input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz			
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig			<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig		<input type="checkbox"/> mit Hilfe			



Hamburg Betreuungsdienst

### Körperpflege

Gesicht:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Körper:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Gesäß:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Intimpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Rasieren:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Haare waschen/kämmen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Mundpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
An- und Auskleiden:	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung

### Pflegedienst

Ist ein Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wird dieser weiterkommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Evtl. Pflegedienstleistungen:		

Krankheiten: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Hobbys, wenn ja welche: \_\_\_\_\_

### Rahmenbedingungen

Lage:	<input type="checkbox"/> Stadt	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> Land
Wohnart:	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Wohnfläche in m <sup>2</sup> : _____	
Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):	<input type="checkbox"/> ca. 10 Minuten	<input type="checkbox"/> ca. 20 Minuten	<input type="checkbox"/> ca. 30 Minuten

### Weitere Anforderungen

Einkaufen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Kochen/Essensvorbereitung:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Wäsche waschen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Bügeln:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Haustiere:	<input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche: _____		<input type="checkbox"/> nein

Mitversorgung von Haustieren:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Einfache Gartenarbeiten:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich
Arztbesuche:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> täglich



Hamburg Betreuungsdienst

### Tagesablauf der zu betreuenden Person

Morgens/Vormittags:	Mittags/Nachmittags:	Abends/Nachts:

Baden/Duschen: \_\_\_\_\_

### Sonstiges:

Anzahl der weiteren im Haushalt lebenden Personen: \_\_\_\_\_

Fallen für diese Personen Arbeiten an?  ja  nein

Wenn ja, welche und was für Aufgaben? \_\_\_\_\_

Gibt es eine Haushaltshilfe?  ja  nein

Zusätzlichen Angaben: \_\_\_\_\_

Gewünschter Betreuungsbeginn: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannten Angaben noch meinem besten Gewissen wahrheitsgemäß sind:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**(Name & Vorname bitte zusätzlich gut lesbar in Druckbuchstaben)**