

Kontaktperson

☐ Auftraggeber ☐ Vollmacht ☐ Rechnungsempfänger

Name / Vorname _____

Verhältnis zum Leistungsempfänger ☐ Sohn ☐ Tochter ☐ Andere _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Leistungsempfänger (zu betreuende Person)

☐ Auftraggeber ☐ Rechnungsempfänger

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Angaben Patient

Größe _____ cm Gewicht _____ kg
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsjahr _____
Ort der Betreuung _____

Ort und Wohnsituation

☐ Einfamilienhaus	☐ Mehrfamilienhaus	☐ Garten
☐ Wohnung	☐ Zimmeranzahl _____	☐ Balkon
☐ Barrierefrei	☐ Fahrstuhl _____	☐ Etage _____

Besonderheiten _____

Ort _____

☐ Dorf ☐ Kleinstadt ☐ Stadt ☐ Großstadt

Wohnlage

☐ ländlich ☐ belebt ☐ sehr belebt

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

☐ ja ☐ nein Entfernung _____

Bus / Bahn Situation:

☐ sehr gut ☐ gut ☐ unzureichend

Unterkunft der Betreuungskraft

☐ Internet (WLAN)	☐ Fernseher	☐ eigenes WC
☐ Tisch	☐ Zimmer abschließbar	☐ eigener Wohnbereich
☐ Schrank	☐ Bett	☐ eigenes Bad
☐ mit Balkon	☐ gemeinsames Bad	

Patient ist Raucher ☐ ja ☐ nein

Wohnen weitere Mitglieder in Haushalt? ☐ ja ☐ nein

wer? _____

Sonstiges

☐ Fahrrad vorhanden

Bemerkungen _____

Allgemeine Pflegesituation

Pflegegrad ☐ kein Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bemerkungen _____

Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung? ☐ ja ☐ nein

Wie oft täglich, für welche Tätigkeiten? _____

Kommt ein Pflegedienst, wenn eine Betreuungskraft vor Ort ist? ☐ ja ☐ nein

Pflegedienst _____

Hausnotruf ☐ ja ☐ nein ☐ geplant

Anbieter HNR _____

Hauswirtschaftliche Versorgung für 2. Person gewünscht? ☐ ja ☐ nein
(kochen, waschen, putzen, einkaufen - keine Grundpflege)

Unterstützt ein Familienmitglied die Betreuungskraft bei der hauswirtschaftlichen Versorgung? ☐ ja ☐ nein

Wie wird unterstützt?
(welche Tätigkeiten?) _____

Benötigt ein weiteres Familienmitglied grundpflegerische Betreuung? ☐ ja ☐ nein
(Bitte zusätzlichen Betreuungsbogen ausfüllen)

Wohnen weitere Familienmitglieder in der Nähe ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen _____

Krankheitsbilder

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Allergien | ☐ Dekubitus | ☐ multiple Sklerose |
| ☐ altersbedingte Gehschwäche | ☐ Diabetes | ☐ Osteoporose |
| ☐ Alzheimer* | ☐ Diabetes (insulinpflichtig) | ☐ Parkinson |
| ☐ Depression | ☐ Herzinfarkt | ☐ Rheuma |
| ☐ chronische Durchfälle | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ Stoma (Anus praeter) |
| ☐ PEG Sonde | ☐ Herzrhythmusstörung | ☐ Tumor |
| ☐ Demenz* (Anfangsstadium) | ☐ Hypertonie | ☐ Schlaganfall ☐ links ☐ rechts |
| ☐ Demenz* | ☐ Inkontinenz | |

* Bei bedarf bitte zusätzlich den DEMENZFRAGEBOGEN ausfüllen.

Bemerkungen

Wer sortiert (stellt) die Medikamente? ☐ Apotheke ☐ Pflegedienst ☐ Familie

Grundsätzliche Fragen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die zu betreuende Person bettlägerig? | ☐ ja | ☐ nein |
| 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 |

wie oft am Tag?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? | ☐ ja | ☐ nein |
| 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?

Kommunikation - Orientierung

- | Kommunikation | uneingeschränkt | eingeschränkt | nicht möglich |
|---------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|
| Hören | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sehen | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sprechen | ☐ | ☐ | ☐ |
| Hilfsmittel | ☐ Brille | ☐ Hörgerät | ☐ Sonstige <hr/> |

Bemerkung

- | Orientierung | uneingeschränkt | eingeschränkt | nicht möglich |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeitlich | ☐ | ☐ | ☐ |
| Örtlich | ☐ | ☐ | ☐ |
| Persönlich | ☐ | ☐ | ☐ |

Bemerkung

Mobilität

Gehen ☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich

Bemerkung _____

Stehen ☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich

Bemerkung _____

Hilfsmittel

☐ Stock	☐ Nachtstuhl	☐ Rollator
☐ Pflegebett	☐ Anti-Dekubitus-Matratze	☐ ebenerdige Dusche
☐ Patientenhilfe	☐ Treppenlift	☐ Rollstuhl
☐ Badewannenlift	☐ Transferlifter	
☐ Sonstige: _____		

Bemerkungen _____

Hygiene

	selbstständig	mit Hilfe und/oder Anleitung
Duschen / Baden	☐	☐
Hautpflege	☐	☐
Mundpflege	☐	☐
Zahnprothese	☐	☐
Haarpflege	☐	☐
Intimpflege	☐	☐
Rasieren	☐	☐
Hand / Fußpflege	☐ Familie	☐ Fußpflege kommt ins Haus

Bemerkung _____

Ausscheidungen

	Ja	gelegentlich	nein
Urininkontinenz	☐	☐	☐
Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐

Hilfsmittel

	Ja	nein
Blasenkatheter	☐	☐
Suprapubischer Katheter	☐	☐
Urinflasche	☐	☐
Windeln	☐	☐
Windelpants	☐	☐
Vorlagen	☐	☐

Sonstige

Verbrauchsmittel vorhanden? ☐ Ja ☐ nein

Hinweis

Folgende Hygienemittel müssen vorhanden sein:

Desinfektionsmittel, Mundschutz, Einmalhandschuhe, Hand- u. Flächendesinfektionsmittel

Kleidung

	selbstständig	mit Hilfe / Anleitung	nicht möglich
Ankleiden	☐	☐	☐
Auskleiden	☐	☐	☐

Essen - Trinken

	selbstständig	mit Hilfe / Anleitung	nicht möglich
Essen	☐	☐	☐
Trinken	☐	☐	☐
Kauen - Schlucken	☐	☐	☐

Ernährungszustand

- ☐ normal
- ☐ unterernährt
- ☐ adipös
- ☐ entwässert

Kostform

- ☐ normal
- ☐ vollwert
- ☐ vegetarisch
- ☐ Diabeteskost

Trinkmenge

- ☐ normal
- ☐ wenig
- ☐ viel
- ☐ zum Trinken animieren

Besonderheiten

Nahrungsaufnahme
(z.B. Unverträglich-
keiten, Allergien
o.ä.):

Ruhe - Schlafen

uneingeschränkt

eingeschränkt

nicht möglich

Einschlafen

☐☐☐

Durchschlafen

☐☐☐

Bemerkungen

Nächtliche Einsätze

Wie oft?

Hilfe von der Betreuungskraft benötigt?

☐

ja

☐

nein

Bemerkungen:

Tagesrhythmus / Tagesstruktur

Bemerkungen:

Derzeitige maßgebliche Wesenszüge

(z.B. lieb, geduldig, bescheiden, umgänglich, zurückhaltend, offen, bestimmend, fordernd, störrisch)

Gewünschte Betreuungskraft

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes: ☐ schnellstmöglich ☐ zum _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: ☐ unbefristet ☐ bis _____

Geschlecht: ☐ Frau ☐ Mann ☐ egal

Sprachkenntnisse ☐ einfache (A1) ☐ mittlere (A2) ☐ gute (B1)

☐ sehr gute (B2)

Ergänzende wichtige
Informationen:

Zusätzliche Aufgaben der Betreuungskraft

☐ Einkaufen gehen	☐ Reinigung des Wohnbereichs	☐ Gemeinsame Ausflüge
☐ Kochen	☐ Begleitung zum Arzt	☐ Freizeitgestaltung
☐ Wäsche waschen	☐ Grundpflege	☐ Pflege der Zimmerpflanzen
☐ Bügeln	☐ Spazieren gehen	

Gibt es Haustiere? ☐ Ja ☐ nein

Besuchhaustiere durch Angehörige / Bekannte? ☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Wer soll die Haustiere versorgen? ☐ Familie ☐ Betreuungskraft

Pausenzeiten der Betreuungskraft

Wie ist die Pausenzeit
der Betreuungskraft
geregelt?

Ein freier Tag pro Woche möglich? ☐ Ja ☐ nein

Zwei halbe Tage pro Woche möglich? ☐ Ja ☐ nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Anwesend bei der Erstellung des Betreuungsfragebogens

☐ Kunde (Patient) ☐ Kontaktperson/Angehörige ☐ Pflegedienst

Datenschutzerklärung / Einverständniserklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich willige in die Verarbeitung meiner oder der zu betreuenden Person personenbezogenen Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Daten, durch die Tempores UG mit Sitz in Niedernhausen zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für die Betreuungsleistungen und zum Zweck der Vorbereitung und Realisierung des Vertrags über die Erbringung von Betreuungsleistungen ein. Nähere Informationen zum Datenschutz, finden sie unter: <https://www.tempores.de/datenschutz/>

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich an die Tempores UG (haftungsbeschränkt), Im Grund 13, 65527 Niedernhausen zu richten. Nach Widerruf der Einwilligung werden die erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten des Teilnehmers umgehend gelöscht.

Über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wurde ich durch eine Anlage gem. Art 13 DS - GVO informiert.

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde, Kontaktperson, Angehöriger)

Unterschrift Tempores UG
