

Fragebogen zur Betreuungssituation

Zum Ausdrucken und handschriftlichen Ausfüllen

Wofür benötigen wir diese Angaben?

Mit diesem ausführlichen Fragebogen starten Sie die konkrete Suche nach einer geeigneten Betreuungskraft. Die Angaben helfen Kolba-med, die Betreuungssituation einzuschätzen und passende Vorschläge vorzubereiten. Bitte geben Sie unbedingt das gewünschte Anfangsdatum an.

Schneller online ausfüllen

Wenn Sie den Fragebogen lieber direkt am Computer oder Smartphone ausfüllen möchten, nutzen Sie die Online-Version:

kolba-med.info/wir-suchen-pflegekraft-fuer-sie/



Bitte beachten

Die konkrete Suche beginnt, wenn ein Anfangsdatum angegeben ist und der gewünschte Betreuungsbeginn weniger als zwei Monate entfernt ist. Liegt der Beginn zwei Monate oder weiter in der Zukunft, startet die Suche zu einem späteren Zeitpunkt.

Der Fragebogen umfasst 8 übersichtliche Bereiche. Bitte füllen Sie ihn möglichst vollständig und gut lesbar aus.

Kontakt und Stammdaten

ANGABEN ZUM AUFTRAGGEBER

Kontaktperson *

Vorname

Nachname

Verwandtschaftsgrad (zu der zu betreuenden Person)

z. B. Sohn, Tochter, Ehemann, Ehefrau ...

Anschrift

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Land

Telefon ***Handy****E-Mail ***

ANGABEN ZUR BETREUENDEN PERSON

Leistungsempfänger *

Vorname

Nachname

Geburtsdatum ***Anschrift (Leistungsempfänger)**

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Land

Telefon

Betreuungsbeginn und Betreuungssituation

BETREUUNGSDAUER

Gewünschtes Anfangsdatum *

Betreuungsdauer *

☐ 1 Monat

☐ 6 Wochen

☐ 2 Monate

☐ 3 Monate

☐ 6 Monate

☐ 1 Jahr

☐ Unbefristet

DIE ZU BETREUENDE PERSON

Größe: *

Gewicht *

Geschlecht: *

☐ Weiblich

☐ Männlich

Wohnt die zu betreuende Person alleine? *

☐ ja

☐ nein

Wenn nein:

☐ mit Ehepartner

☐ mit Kindern

☐ mit Lebensgefährten

Sonstige:

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? Falls JA füllen Sie einen weiteren Fragebogen aus.

☐ ja

☐ nein

Pflegegrad

☐ keine

☐ I

☐ II

☐ III

☐ IV

☐ V

Pflegedienst - Erfolgt z. Zt. Versorgung durch einen Pflegedienst?

☐ ja

☐ nein

Wie oft Täglich?

Oder wie oft Wöchentlich?

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden? *

☐ ja☐ nein

SCHRITT 3 VON 8

Diagnosen, Kommunikation und Orientierung

DIAGNOSEN

Diagnoseliste *

☐ Allergien☐ Herzinsuffizienz☐ Herzinfarkt☐ Asthma☐ Osteoporose☐ Stoma☐ beginnende Demenz☐ Alzheimer☐ Depression☐ Diabetes☐ altersbedingte Gehschwäche☐ Tumor☐ Herzrhythmusstörung☐ Hypertonie☐ Hepatitis C☐ Dekubitus☐ Rheuma☐ Inkontinenz☐ Demenz☐ Parkinson☐ multiple Sklerose☐ Diabetes inslinpfl.☐ chronische Durchfälle

Schlaganfall

☐ rechts☐ links

Sonstige Diagnosen:

ALLGEMEINE FRAGEN

Ist die zu betreuende Person ein Raucher?

☐ ja☐ nein

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? *

☐ ja☐ nein

Falls "JA", welche ansteckende Krankheit?

Leiden andere Im Haushalt Lebenden Personen an ansteckenden Krankheiten?

☐ ja☐ nein

Falls "JA", welche ansteckende Krankheit?

PROBLEME IN DER KOMMUNIKATION

Sprache

- ☐ keine Probleme
☐ massive Probleme

☐ teilweise Probleme

Hörvermögen

- ☐ keine Probleme
☐ massive Probleme

☐ teilweise Probleme

Sehkraft

- ☐ keine Probleme
☐ massive Probleme

☐ teilweise Probleme

Hörgerät

☐ ja

☐ nein

Brille

☐ ja

☐ nein

Hilfsmittel:

ORIENTIERUNG**Zeitlich**

- ☐ orientiert
☐ massive Probleme

☐ zeitweise orientiert

Örtlich

- ☐ orientiert
☐ massive Probleme

☐ zeitweise orientiert

Persönlich

- ☐ orientiert
☐ massive Probleme

☐ zeitweise orientiert

SCHRITT 4 VON 8

Mobilität und Körperpflege**Ist die zu betreuende Person bettlägerig? ***

☐ ja

☐ nein

Muss die zu betreuende Person umgelagert werden? *

☐ ja

☐ nein

Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? *

☐ ja

☐ nein

Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett? *

☐ ja

☐ nein

Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? *

☐ ja

☐ nein

BEWEGUNG

Bewegung

☐ selbstständig

☐ mit Unterstützung

☐ überwiegend im Rollstuhl

☐ bettlägerig

Bewegung-Hilfsmittel:

TREPPENSTEIGEN

Treppensteigen

☐ selbstständig

☐ mit Unterstützung

☐ nicht möglich

Treppensteigen-Hilfsmittel

TRANSFER BETT-ROLLSTUHL

Transfer *

☐ selbstständig

☐ hilft mit

☐ komplett hilfsbedürftig

☐ bettlägerig / kein Transfer

BADEN / DUSCHEN

Baden / Duschen

☐ selbstständig

☐ braucht Hilfe

☐ komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel *

☐ Stock

☐ Nachstuhl

☐ Patientenlifter

☐ Dekubitusmatratze

☐ Rollator

☐ Badewannenlift

☐ Pflegebett

☐ Rollstuhl

HILFSMITTEL

Körperpflege

Körperpflege-Gesicht

☐ selbstständig

☐ teilweise selbstständig

☐ unter Anleitung

☐ komplette Unterstützung

Körperpflege- Mundpflege / Zahnprothese

☐ selbstständig

☐ teilweise selbstständig

☐ unter Anleitung

☐ komplette Unterstützung

Körperpflege-Oberkörper

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise selbstständig |
| ☐ unter Anleitung | ☐ komplette Unterstützung |

Körperpflege-Gesäß / Beine

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise selbstständig |
| ☐ unter Anleitung | ☐ komplette Unterstützung |

Körperpflege-Intimpflege

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise selbstständig |
| ☐ unter Anleitung | ☐ komplette Unterstützung |

Haare kämmen / waschen

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise selbstständig |
| ☐ unter Anleitung | ☐ komplette Unterstützung |

Rasieren

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise selbstständig |
| ☐ unter Anleitung | ☐ komplette Unterstützung |

Handpflege

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise selbstständig |
| ☐ unter Anleitung | ☐ komplette Unterstützung |

Fußpflege

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise selbstständig |
| ☐ unter Anleitung | ☐ komplette Unterstützung |

SELBST-KONTROLLE

Urinkontrolle

- | | |
|--|---|
| ☐ kontinent | ☐ teilweise kontinent (z. B. nachts) |
| ☐ Inkontinent | ☐ mir unbekannt |
| ☐ Windeln | ☐ Vorlagen |
| ☐ Urinflasche | ☐ Katheter |
| ☐ suprapubischer Katheter | |

Stuhlkontrolle

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ kontinent | ☐ teilweise kontinent (z. B. nachts) |
| ☐ Inkontinent | ☐ mir unbekannt |
| ☐ Windeln | ☐ Vorlagen |

AN-/ AUSKLEIDEN

An- / und Auskleiden

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ braucht Hilfe |
| ☐ komplett hilfsbedürftig | ☐ mir unbekannt |

Essen, Schlaf und Therapien

ESSEN UND TRINKEN

Essen und trinken

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ mir unbekannt |
| ☐ komplett hilfsbedürftig | ☐ braucht Hilfe z.B. beim Schneiden |

Kau- und Schluckstörungen

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ keine | ☐ Störungen |
| ☐ PEG Sonde | ☐ Nahrungskarenz |
| ☐ Trinkkarenz | |

Diät

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ keine | ☐ ja |
|--------------------------------|-----------------------------|

Diät - wenn "JA", welche:

EIN- / DURCHSCHLAFEN

Ein- / und Durchschlafen

- | | |
|---|--|
| ☐ keine Probleme | ☐ sporadische Störungen |
| ☐ Schlaf-wach-Rhythmus gestört | |

Bekommt der Patient schlafmittel?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn „JA“ - Wie oft steht der Patient jede Nacht auf?

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ 1 Mal | ☐ 2-3 Mal |
| ☐ mehr als 3 Mal | |

Muss die Betreuungskraft in der Nacht mithelfen?

bei Bedarf zum Beispiel

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 1 x Woche | ☐ jede Nacht |
|------------------------------------|-------------------------------------|

Besteht die Möglichkeit den Schlaf tagsüber nachzuholen?

Freizeitstunden ausgenommen

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Bitte beschreiben Sie kurz, was getan werden muss

zum Beispiel: Begleitung zum Bad, etwas zum Trinken holen etc.

Duschen / Baden

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 x pro Woche | ☐ 2 x pro Woche |
| ☐ 3 x pro Woche | ☐ 4 x pro Woche |
| ☐ 5 x pro Woche | ☐ 6 x pro Woche |
| ☐ 7 x pro Woche | |

Tagesstruktur

Wenn eine strikte Tagesplanung erforderlich ist, z. B. Krankengymnastik, REHA Maßnahmen, Dialyse o.a.

Morgens

☐ ausschlafen lassen

☐ wecken

Wenn "wecken", dann um:

Hat der Patient feste Zeiten zu denen der zu Bett geht?

☐ nein, Tagesform abhängig

☐ bleibt abends gerne länger wach (brauch zu diese Zeit nicht unbedingt Betreuung)

☐ ja

Wenn "Ja", täglich um:

AKTUELLE THERAPIEN

Therapien:

☐ keine

☐ Krankengymnastik

☐ Logopädie

sonstige Therapien:

SCHRITT 6 VON 8

Persönlichkeit und Anforderungen an die Betreuungskraft

PATIENTENBESCHREIBUNG

Wie ist der Patient von Wesen und Charakter

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie den Patienten beschreiben / einschätzen würden

☐ fröhlich

☐ offen

☐ lieb

☐ kontaktfreudig

☐ kooperativ

☐ charmant

☐ sehr dankbar

☐ freundlich

☐ humorvoll

☐ friedlich

☐ gutmütig

☐ sehr gefasst

☐ dominant

☐ umgänglich

☐ verständnisvoll

☐ neigt zum Alkohol

☐ bestimmend

☐ teilweise verwirrt

☐ ruhig

☐ eigensinnig

☐ starrsinnig

☐ lustlos

☐ nicht ansprechbar

☐ etwas mürrisch

☐ unzufrieden

☐ aggressiv

☐ launisch

☐ depressiv

☐ eher zurückgezogen

☐ bleibt gerne allein

☐ schätzt seine Privatsphäre

☐ legt großen Wert auf Allgemeinbildung

Charakter - Sonstiges

Welche Hobbys hat der Patient

Was Patient sehr gerne tut

ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL

Anforderungen an das Personal - Geschlecht

- ☐ Frau ☐ Mann
☐ irrelevant

Führerschein

Bei Übergabe eines Fahrzeugs an den Dienstleistungserbringer, werden im Falle einer etwaigen Beschädigung des Fahrzeugs oder seines Diebstahls keine Ansprüche gegenüber dem Dienstleister und dem Dienstleistungserbringer gestellt

- ☐ ja - wichtig - Auto ist vorhanden, kann von der Betreuer/in genutzt werden und ist entsprechend versichert ☐ gern gesehen
☐ nein

SCHRITT 7 VON 8

Wohn- und Rahmenbedingungen

RAHMENBEDINGUNGEN

Rahmenbedingungen - Lage

- ☐ Großstadt zentral ☐ Großstadt abgelegen
☐ Kleinstadt ☐ Dorf
☐ ländlich

Wohnsituation

- ☐ Einfamilienhaus ☐ Mehrfamilienhaus
☐ Wohnung

sonstige Wohnsituation

Bitte beschreiben Sie

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

- ☐ ca. 10 min ☐ ca. 20 min
☐ ca. 40 min ☐ 1 Stunde
☐ länger als 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter/-in

- ☐ eigenes Bad ☐ Bett
☐ Tisch ☐ Schrank
☐ Radio ☐ TV
☐ Computer ☐ Zugang zum Internet
☐ Festnetzflatrate (z. B. Telekom)

Falls noch kein Zugang zum Internet, ist es möglich diesen einzurichten?

☐ ja

☐ nein

Falls kein Internetzugang besteht, bitte um Lösungsvorschlag:

Bemerkungen

Freizeit

☐ 3 Std. pro Tag (muss gewährleistet sein)

☐ 6 Std. alle 2 Tage

☐ ein freier Tag in der Woche

☐ nach Absprache

ZUSÄTZLICHE VORAUSSETZUNGEN

Haustiere

☐ keine

☐ ja

Wenn "JA" , welche

Bitte beschreiben (Rasse, Größe, Zahl)

Sollen die Haustiere mitversorgt werden?

☐ ja

☐ nach Bedarf

☐ nein

Einkäufe / Kochen / Essenvorbereitung

☐ immer

☐ ab und zu

☐ nein

Liebblings Lebensmittel und Getränke:

Für wie viele Personen wird gekocht?

Ihre Beschreibung - Was wichtig ist

Wäsche waschen / bügeln

☐ immer

☐ ab und zu

☐ nein

Gibt es Haushaltshilfe?

☐ ja

☐ nein

Wenn "JA, wie oft kommt zum Einsatz ?

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt?

Begleitung bei Arztbesuchen☐ immer☐ ab und zu☐ nein

SCHRITT 8 VON 8

Deutschkenntnisse, interne Angaben und Einwilligung

Deutschkenntnisse und Preisrahmen**Gewünschte Deutschkenntnisse der Betreuungskraft ***☐ A1 - schwache Deutschkenntnisse☐ A2 - ausreichende bis befriedigende Deutschkenntnisse☐ B1 - befriedigende bis gute Deutschkenntnisse☐ B2 - sehr gute Deutschkenntnisse**Individueller Preis**

Die 24-Stunden-Betreuung beginnt ab 3.000 € monatlich. Der genaue Preis hängt unter anderem von den Deutschkenntnissen der Betreuungskraft, der Zahl der zu betreuenden Personen, dem Unterstützungsbedarf und den individuellen Anforderungen ab. Reisekosten können je nach Partner- und Transportunternehmen variieren und werden im Angebot ausgewiesen.

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

UMFRAGE - DIESE FRAGEN SIND AUSSCHLIEßLICH FÜR INTERNE ZWECKE UNSERES UNTERNEHMENS GEDACHT. WIR WÜRDEN SIE BITTEN SICH KURZ DIE ZEIT ZU NEHMEN UND DIESE AUCH AUSZUFÜLLEN. SIE HELFEN UNS DAMIT SEHR. VIELEN DANK

☐ Krankenhaus☐ Arzt☐ Ihre Freunde☐ Weiterempfehlung☐ Zeitung☐ Medien**Wenn Medien:**☐ Facebook☐ Google☐ Instagram**Andere:**

Z. Bsp. Arzt, Krankenhaus, Pflegedienst

DATENSCHUTZERKLÄRUNG / EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

DATENSCHUTZERKLÄRUNG / EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG Hiermit willige ich die Erhebung, Verarbeitung der von mir oben angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch Kolba-med-Agentur zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein. Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben jederzeit Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können diese jederzeit ändern und löschen lassen. Der Verwalter Ihrer Personendaten ist unser Kooperationspartner und Kolba-med-Agentur. Die Daten werden zum Zweck der Betreuungsdienstleistungen verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des obengenannten Zwecks. Sie haben das Auskunft und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.

☐ ich bin einverstanden☐ ich bin nicht einverstanden**Ihre Unterschrift ***