Erhebungsbogen

1. KONTAKTPERSON

Anrede:* ☐ Herr ☐ Frau

Straße, Nr.: _____

Vorname:* _____

PLZ: _____ Ort: _____

Nachname:* _____

Land: _____

Telefon:* _____

Handy: _____

E-Mail:* _____

Fax: _____

2. ANFORDERUNGEN AN DEN/DIE BETREUER(IN)

Geschlecht:* ☐ weiblich ☐ männlich ☐ egal

Deutschkenntnisse:*
- ☐ Grundkenntnisse sind ausreichend (einfache Anweisungen werden verstanden)
- ☐ Erweiterte Grundkenntnisse (das Verstehen ist gut, das Sprechen reicht für einfache Unterhaltung)
- ☐ Sind wichtig (Verstehen und Sprechen ist gut möglich)

Raucher(in):* ☐ egal ☐ nur draußen möglich ☐ ja ☐ keine rauchende Person

Alter:* ☐ bis 30 ☐ ab 30 ☐ ab 40 ☐ ab 50 ☐ egal

Führerschein und Fahrpraxis:* ☐ nicht benötigt ☐ gern gesehen ☐ sehr wichtig

Fahrzeug vorhanden:* ☐ nein ☐ mit Automatikgetriebe ☐ mit Schaltgetriebe

Welche Charakterzüge des/der Betreuers/ Betreuerin würden am besten zur betreuten Person passen:* (Mehrfachauswahl)

☐ fröhlich	☐ freundlich	☐ geduldig
☐ humorvoll	☐ unkompliziert	☐ kräftig
☐ mitfühlend	☐ durchsetzungsfähig	☐ erfahren
☐ ruhig	☐ naturverbunden	☐ mütterlich
☐ energisch	☐ zurückhaltend	☐ liebevoll
☐ gesprächig	☐ eigenverantwortlich	

3. TÄTIGKEITEN IM HAUSHALT

Einkaufen:*	☐ nicht nötig	☐ teilweise	☐ komplett
Kochen:*	☐ nicht nötig	☐ Unterstützung	☐ komplett
Reinigung der Wohnung:*	☐ nicht nötig	☐ teilweise	☐ komplett
Wäsche:*	☐ nicht nötig	☐ teilweise	☐ komplett
Botengänge:*	☐ nicht nötig	☐ teilweise	☐ komplett
Versorgung von Pflanzen:*	☐ nicht nötig	☐ teilweise	☐ komplett
Versorgung von Tieren:*	☐ nicht nötig	☐ teilweise	☐ komplett

Weitere Wünsche: _____

Wieviele Personen sollen betreut werden?* ☒ eine ☐ zwei

4. ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON

Anrede:* ☐ Herr ☐ Frau

Vorname:* _____

Alter (Jahre):* _____ Größe (cm):* _____ Gewicht (kg):* _____

Krankheiten und Einschränkungen:*

_____

Es liegt eine ansteckende Krankheit vor:* ☐ nein ☐ ja welche: _____

Es liegt eine Patientenverfügung vor:* ☐ unklar ☐ nein ☐ ja

Pflegegrad:* ☐ wird beantragt ☐ keine
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

An - und Auskleiden:* ☐ selbstständig ☐ mit etwas Hilfe ☐ nur mit Hilfe ☐ unklar
☐ muss komplett an- und ausgezogen werden
andere: _____

Hygiene:* ☐ wäscht sich gern ☐ wäscht sich ungern (krankheitsbedingt)

Morgen- und Abendtoilette:* ☐ unklar ☐ selbstständig ☐ muss überwacht werden ☐ mit etwas Hilfe
☐ muss Betreuer(in) vollständig übernehmen ☐ übernimmt Pflegedienst
☐ Körperpflege im Bett andere: _____

Baden/Duschen:* ☐ unklar ☐ selbstständig ☐ mit Überwachung ☐ braucht Hilfe
☐ muss Betreuer(in) übernehmen ☐ übernimmt Pflegedienst
☐ Körperpflege im Bett andere: _____

Allgemeine Mobilität (Fortbewegung):*
☐ ohne Störungen
☐ begrenzt durch:
☐ Altersschwäche ☐ Knieprobleme ☐ Wirbelsäulenprobleme
☐ unsicherer Gang ☐ Oberschenkelhalsprobleme ☐ Übergewicht
☐ halbseitige Lähmung ☐ Demenzfolgen ☐ Erschöpfung
☐ Querschnittslähmung ☐ Arthrose ☐ Parkinsonsteifheit
☐ Muskelschwund ☐ Osteoporosefolgen ☐ unklar
☐ Beinamputation andere: _____

Aufstehen und Hinsetzen:* ☐ mit etwas Hilfe (Hand reichen u.a.) ☐ benötigt Hilfe, hat aber eigene Kräfte
☐ selbstständig ☐ steht nicht mehr selbstständig, muss gehoben/gestützt werden
☐ bettlägerig ☐ unklar andere: _____

Hilfsmittel:*
(Mehrfachauswahl)
☐ Treppenlift ☐ Aufstehhilfe ☐ Rollstuhl mit Motor
☐ Pflegebett ☐ Rollator ☐ sind noch nicht organisiert
☐ Haltegriffe im Bad ☐ Gehbock ☐ Toilettenstuhl
☐ verstellbarer Sessel ☐ Rollstuhl ohne Motor ☐ Hebelifter (mit Tragetuch)
☐ Toilettensitzerhöhung andere: _____

Erhebungsbogen

Blasenentleerung:*
(Mehrfachauswahl)

- ☐ unklar ☐ selbstständig ☐ muss erinnert werden
- ☐ Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- ☐ Hilfe beim Setzten und Aufstehen
- ☐ Einlagen zur Sicherheit ☐ Windeln zur Sicherheit
- ☐ volle Blaseninkontinenz und Windeln
- ☐ Katheter vorübergehend ☐ auf Katheter angewiesen
- ☐ Urinalkondom ☐ Dialysepatient
- ☐ selbständiger Toilettengang wegen Demenz nicht möglich
- ☐ Urinflasche / Bettpfanne notwendig

andere: _____

Darmentleerung:*
(Mehrfachauswahl)

- ☐ unklar ☐ selbstständig ☐ muss erinnert werden
- ☐ Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- ☐ Hilfe beim Setzten und Aufstehen
- ☐ Hilfe beim Saubermachen ☐ Windeln zur Sicherheit
- ☐ volle Darminkontinenz und Windeln ☐ Darmstomapatient
- ☐ chronische Verstopfung ☐ chronischer Durchfall
- ☐ Schmutztendenz wegen Demenz ☐ Bettpfanne notwendig

andere: _____

Überwachungssysteme:*
(Mehrfachauswahl)

☐ Babyfon ☐ Hausnotruf ☐ Kamera ☐ Bewegungsmelder ☐ keine

andere: _____

Wurde ein Pflegedienst beauftragt - für welche Tätigkeiten und wie häufig:*

_____

Soll Pflegedienst weiter kommen:* ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, für welche Aufgaben:

_____

Ansprechpartner Pflegedienst:

_____

Erhebungsbogen

Ernährung:*
(Mehrfachauswahl)

- ☐ isst selbstständig
- ☐ Essen muss klein geschnitten werden
- ☐ muss gefüttert werden
- ☐ Essen muss püriert werden
- ☐ Magensondenernährung
- ☐ Porternährung
- ☐ Schluckprobleme
- ☐ Getränkeaufnahme überwachen
- ☐ unklar andere: _____

Diät - Ernährungsgewohnheiten:*

_____

Sehen:*

☐ ganz gut ☐ ohne Sehhilfe schlecht ☐ sieht wenig ☐ Blindheit

Sprechen:*
(Mehrfachauswahl)

- ☐ ohne Störungen
- ☐ spricht mit Dialekt
- ☐ spricht undeutlich
- ☐ Aphasie
- ☐ begrenztes Sprechvermögen wegen Demenz

Hören:*

- ☐ ganz gut
- ☐ ohne Hörgerät sehr schlecht
- ☐ man muss laut und deutlich sprechen
- ☐ fast taub
- ☐ taub
- ☐ wegen Demenz schwierig zu beurteilen

Verständigungsmöglichkeit:*

- ☐ ganz gut
- ☐ manchmal gestört, je nach Tagesform
- ☐ leichte Verwirrung
- ☐ starke Verwirrung
- ☐ eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis
- ☐ wegen Demenz aggressiv
- ☐ fast keine wegen tiefer Demenz

andere: _____

Charaktereigenschaften:*
(Mehrfachauswahl)

- ☐ freundlich
- ☐ ruhig
- ☐ lieb
- ☐ aktiv
- ☐ depressiv
- ☐ misstrauisch
- ☐ gesprächig
- ☐ ängstlich
- ☐ Kontrolltyp
- ☐ friedfertig
- ☐ distanziert
- ☐ leicht erregbar

andere: _____

Lieblingsbeschäftigungen:*
(Mehrfachauswahl)

- ☐ Garten
- ☐ Gesellschaftsspiele
- ☐ Fernsehen
- ☐ selbst lesen
- ☐ Haustiere
- ☐ singen
- ☐ Musik spielen
- ☐ Musik hören
- ☐ Kochen
- ☐ Ordnung halten
- ☐ stricken
- ☐ Unterhaltungen
- ☐ Spaziergänge
- ☐ telefonieren
- ☐ Ausgehen (Cafe - Restaurant)
- ☐ Familie oder Freunde besuchen - empfangen
- ☐ in die Kirche gehen

andere: _____

5. WICHTIGE FRAGEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Freizeitausgleich und Pausen: nach Absprache

Nächtlicher Schlafrhythmus gestört:* ☐ nein ☐ ja

Unterkunft der Betreuungskraft:

Zimmer ca.:* _____ qm

Ausstattung:*

Toilette:* ☐ eigene Nutzung ☐ gemeinsame Nutzung

Bad /Dusche:* ☐ eigene Nutzung ☐ gemeinsame Nutzung

Andere Informationen zur Unterkunft:

Telefonate:* ☐ Mitbenutzung des Telefons ist möglich
☐ Mitbenutzung des Telefons ist nicht möglich
☐ unklar anders: _____

Telefon Flatrate nach Polen:* ☐ nein ☐ ja ☐ wird beantragt

Günstige Vorwahl nach Polen:

Internet:* ☐ WiFi ☐ Stick ☐ Kabel
☐ wird installiert ☐ keine Möglichkeit zur Installation

Haustiere:* ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche:

Fahrrad:* ☐ nein ☐ ja

6. ORGANISATORISCHE FRAGEN

Betreuungsdauer:* ☐ langfristig ☐ steht noch nicht fest andere: _____ (wie lange)

Ab wann soll die Betreuung stattfinden:* _____

Wohnen noch weitere Personen im Haushalt der betreuten Person(en), die nicht betreut werden?*

☐ nein

☐ ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz, um welche Person(en) es sich handelt: _____

Ansprechpartner für Betreuungskraft vor Ort:*

☐ nein

Wenn nein, wie weit wohnen die Familienmitglieder entfernt? _____

☐ ja

Wenn ja, wer? ☐ Ehemann / Lebenspartner ☐ Ehefrau / Lebenspartnerin ☐ Sohn / Tochter alleinstehend ☐ Sohn / Tochter mit Familie

andere: _____

Betreuungsadresse:

PLZ:* _____ Ort:* _____

Land: _____

Wohnart:* ☐ Einfamilienhaus ☐ Wohnung in Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung in Wohnblock andere: _____

Garten vorhanden:* ☐ nein ☐ kleiner Wiesen- und Blumengarten ☐ nur Wiese ☐ Obst- und Gemüsegarten andere: _____

Einkaufsmöglichkeiten:*
(Mehrfachauswahl)

☐ Geschäfte sind gut zu Fuß zu erreichen
☐ Betreuer(in) kann mit dem Fahrrad fahren
☐ Betreuer(in) kann mit dem Auto fahren
☐ man fährt mit öffentlichen Verkehrsmitteln
☐ man fährt im Auto mit Betreuten als Fahrer
☐ man fährt im Auto mit Familienmitgliedern
☐ Einkäufe werden geliefert anders: _____

Anderes Hauspersonal: _____

Rauchen im Haus:* ☐ Nichtraucherhaushalt ☐ betreute Person raucht ☐ Familienmitglieder rauchen im Haus ☐ es wird nur draußen geraucht

Erhebungsbogen

7. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?*

☐ durch Empfehlung — von wem? _____
(Name und evtl. Gutscheincode)

☐ Zeitungsanzeige — welche? _____

☐ Flyer / Plakat — wo? _____

☐ Google-Suche

☐ Sonstiges — wie? _____

8. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG*

☐ Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Unternehmengruppe (CareWork Seniorenhilfe Deutschland GmbH, SHD Dortmund GmbH, SHD CareWork GmbH, Carework24 Group Sp. z o.o.) für die Zwecke der Erstellung eines Angebots zur Erbringung von Betreuungsleistungen durch entsendete Betreuungskräfte und BH-Unternehmer verbunden mit der Suche und Vorstellung dieser für die von mir genannte/n Betreuungsperson/en zu und erkläre mich mit der Zusendung von Angeboten per Post, E-Mail und der telefonischen Beratung einverstanden.

☐ Ich bin einverstanden, dass meine und die des Betreuungsbedürftigen personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme für ein kostenloses Beratungsgespräch und eine Angebotserstellung bei Bedarf auch an Geschäftspartner und BH-Unternehmer weitergegeben und durch diese verarbeitet werden.

_____ ✕ _____

Ort, Datum* — Unterschrift (entfällt bei elektr. Bearbeitung)

Hinweis: Alle mit einem Sternchen * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.
BH-Unternehmer sind gewerbetreibende Personen für Betreuungs- und Haushaltsleistungen.
Sie können die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Sie können den Erhebungsbogen am Bildschirm ausfüllen, abspeichern und direkt an uns per E-Mail schicken oder ausdrucken und an uns per Post schicken:

Ausgefüllten Erhebungsbogen per E-Mail senden | Ausgefüllten Erhebungsbogen drucken

Formular zurücksetzen