

1. KONTAKTPERSON

Anrede:* Herr Frau Straße, Nr.: _____

Vorname:* _____ PLZ: _____ Ort: _____

Nachname:* _____ Land: _____

Telefon:* _____ Handy: _____

E-Mail:* _____ Fax: _____

2. WEITERE KONTAKTPERSON IM NOTFALL

Anrede: Herr Frau Telefon: _____

Vorname: _____ Handy: _____

Nachname: _____ E-Mail: _____

3. ANFORDERUNGEN AN DEN/DIE BETREUER(IN)

Geschlecht:* weiblich männlich egal

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

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

<input type="checkbox"/> fröhlich	<input type="checkbox"/> unkompliziert	<input type="checkbox"/> kräftig
<input type="checkbox"/> humorvoll	<input type="checkbox"/> durchsetzungsfähig	<input type="checkbox"/> erfahren
<input type="checkbox"/> mitfühlend	<input type="checkbox"/> naturverbunden	<input type="checkbox"/> mütterlich
<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> zurückhaltend	<input type="checkbox"/> liebevoll
<input type="checkbox"/> energisch	<input type="checkbox"/> eigenverantwortlich	
<input type="checkbox"/> gesprächig	<input type="checkbox"/> geduldig	

4. 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



5.1 ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON 1

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):*

selbstständig ohne Hilfsmittel selbstständig mit Hilfsmitteln (Rollator/Stock/Krücke usw.)

benötigt manchmal Hilfe benötigt regelmäßig Hilfe

Wenn Hilfe benötigt, welche:

(Bitte beschreiben Sie detailliert, wie die Hilfestellung aussieht, z.B.: muss die zu betreuende Person gestützt oder begleitet werden, wird sie im Rollstuhl geschoben usw.) _____

Mobilität begrenzt durch: Altersschwäche Knieprobleme Wirbelsäulenprobleme

unsicherer Gang Oberschenkelhalsprobleme Übergewicht

halbseitige Lähmung Demenzfolgen Erschöpfung

Querschnittslähmung Arthrose Parkinsonsteifheit

Muskelschwund Osteoporosefolgen unklar

Beinamputation andere: _____

Aufstehen und Hinsetzen:*

selbstständig benötigt manchmal Hilfe benötigt regelmäßig Hilfe

Wenn Hilfe benötigt, welche:

(Bitte beschreiben Sie detailliert, wie die Hilfestellung aussieht, z.B.: Handreichen, Heben, mit Hilfe des Lifters usw.) _____



Hilfsmittel: *
(Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe | <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Motor |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> sind noch nicht organisiert |
| <input type="checkbox"/> Haltegriffe im Bad | <input type="checkbox"/> Gehbock | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> verstellbarer Sessel | <input type="checkbox"/> Rollstuhl ohne Motor | <input type="checkbox"/> Hebelifter (mit Tragetuch) |
| <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung andere: _____ | | |

Blasenentleerung: *
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen Einlagen zur Sicherheit
- Windeln zur Sicherheit volle Blaseninkontinenz und Windeln
- Katheter vorübergehend auf Katheter angewiesen
- Urinalkondom Dialysepatient
- selbstständiger 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 Setzen 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: *
Wenn ja, für welche Aufgaben:

- nein ja

Ansprechpartner Pflegedienst:

Erhebungsbogen

Seite 4 von 10



Ernährung: *
(Mehrfachauswahl)

- isst selbstständig
- Essen muss klein geschnitten werden
- muss gefüttert werden
- Essen muss püriert werden
- Magensondenernährung
- Porternahrung
- 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: *
(Mehrfachauswahl)

- 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: _____



5.2 ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON 2

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):*

selbstständig ohne Hilfsmittel selbstständig mit Hilfsmitteln (Rollator/Stock/Krücke usw.)

benötigt manchmal Hilfe benötigt regelmäßig Hilfe

Wenn Hilfe benötigt, welche:

(Bitte beschreiben Sie detailliert, wie die Hilfestellung aussieht, z.B.: muss die zu betreuende Person gestützt oder begleitet werden, wird sie im Rollstuhl geschoben usw.) _____

Mobilität begrenzt durch: Altersschwäche Knieprobleme Wirbelsäulenprobleme

unsicherer Gang Oberschenkelhalsprobleme Übergewicht

halbseitige Lähmung Demenzfolgen Erschöpfung

Querschnittslähmung Arthrose Parkinsonsteifheit

Muskelschwund Osteoporosefolgen unklar

Beinamputation andere: _____

Aufstehen und Hinsetzen:*

selbstständig benötigt manchmal Hilfe benötigt regelmäßig Hilfe

Wenn Hilfe benötigt, welche:

(Bitte beschreiben Sie detailliert, wie die Hilfestellung aussieht, z.B.: Handreichen, Heben, mit Hilfe des Lifters usw.) _____



Hilfsmittel:*

(Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe | <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Motor |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> sind noch nicht organisiert |
| <input type="checkbox"/> Haltegriffe im Bad | <input type="checkbox"/> Gehbock | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> verstellbarer Sessel | <input type="checkbox"/> Rollstuhl ohne Motor | <input type="checkbox"/> Hebelifter (mit Tragetuch) |
| <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung andere: _____ | | |

Blasenentleerung:*

(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen 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 Setzen 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

Seite 7 von 10



Ernährung: *
(Mehrfachauswahl)

- isst selbstständig
- Essen muss klein geschnitten werden
- muss gefüttert werden
- Essen muss püriert werden
- Magensondenernährung
- Porternahrung
- 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: *
(Mehrfachauswahl)

- 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: _____



6. WICHTIGE FRAGEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Freizeitausgleich und Pausen: nach Absprache

Nächtlicher Schlafrythmus 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:

Internet:* WiFi Stick Kabel

wird installiert keine Möglichkeit zur Installation

Haustiere:* nein ja

Wenn ja, welche:

Fahrrad:* nein ja

7. 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



8. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?*

- durch Empfehlung von wem? _____
(Name und evtl. Gutscheincode)
- Zeitungsanzeige welche? _____
- Flyer / Plakat wo? _____
- Google-Suche
- Sonstiges wie? _____

9. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG*

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Unternehmensgruppe (**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*

X

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: