



**24h Betreuung und Pflege
im eigenen Zuhause**

79282 Ballrechten-Dottingen
Telefon: +49 7634 35 000 90
www.heiland24.info



Betreuungsfragebogen

Auftraggeber (wird auch im Vertrag als Auftraggeber benannt):

Name, Vorname:

Name, Vorname:	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefon, Email:	
Rechnungsempfänger:	
Ansprechpartner:	

Straße, PLZ, Ort:

Telefon, Email:

Rechnungsempfänger:

Ansprechpartner:

Angaben der zu betreuenden Person:

Name, Vorname:

Name, Vorname:	
Straße, PLZ, Ort:	
Telefon, Email:	
Geburtsdatum:	
Pflegegrad:	
vertraute Personen:	

Straße, PLZ, Ort:

Telefon, Email:

Geburtsdatum:

Pflegegrad:

vertraute Personen:

Körpermaße:

Größe und Gewicht:

Größe und Gewicht:

Pflegerelevante Diagnosen:

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Enterostoma |
| <input type="checkbox"/> Apoplex (Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheit | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | | |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz: <input type="checkbox"/> Urin oder <input type="checkbox"/> Stuhl | | |
| <input type="checkbox"/> Demenz: <input type="checkbox"/> beginnend oder <input type="checkbox"/> fortgeschritten | | |

Tagesablauf:

Morgens:

Wann sind Sie bisher aufgestanden?

 Uhr

Gewohnheiten (z.B. vor dem Frühstück ankleiden oder danach)

Gestaltung des Vormittags (z.B. Zeitung lesen)

Mittags:

Wann ungefähr wurde bislang Mittag gegessen?

 Uhr

Gibt es Lieblingsspeisen oder Abneigungen gegen gewisse Speisen?

Wird nach dem Essen eine Mittagspause gemacht? ja nein

Wie lange und wo wird die Mittagspause gemacht?

Gestaltung des Nachmittags (z.B. Spaziergang, Kaffee trinken)

Abends:

Wann ungefähr wurde bislang zu Abend gegessen?

 Uhr

Gibt es Lieblingsspeisen oder Abneigungen gegen gewisse Speisen?

Gestaltung des Abends (z.B. TV schauen, Radio hören, alleine oder in Gesellschaft)

Wann wird in der Regel zu Bett gegangen: Uhr

Besondere Rituale?

Toilettengang in der Nacht? ja nein wie oft?

Wird dabei Hilfe benötigt? ja nein

Wie oft wird allgemein Hilfe in der Nacht benötigt?

Hilfsmittel:

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Hebe-/Stehlifter |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter | <input type="checkbox"/> TEP |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Zahnprothesen |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Antidekubitus Matratze |

Körperpflege:

	selbstständig	teilw. eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegehilfsmittel sind obligatorisch! Die kostenfreien Pflegehilfsmittel können Sie beantragen – gerne helfen wir Ihnen dabei.

Ausscheidungen/Hilfsmittel:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter |
| <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Einlagen | |

Sonstiges:

Mobilität:

Transfer nötig? nein ja

Beschäftigung und Freizeit (welche Interessen):

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Backen | <input type="checkbox"/> Spaziergänge | <input type="checkbox"/> Gartenarbeit |
| <input type="checkbox"/> Basteln | <input type="checkbox"/> Handarbeit | <input type="checkbox"/> Malen | <input type="checkbox"/> Vereine/Konzerte |
| <input type="checkbox"/> Singen | <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Spiele | |

Bestehende Ängste?

- Dunkelheit Nähe Stürze Alleinsein Gewitter Schmerzen

Gewünschte Eigenschaften der Betreuungskraft:

Geschlecht: weiblich männlich irrelevant

Alter ca.

Pflegeerfahrung: ja nein

Deutschkenntnisse: befriedigend gut sehr gut

Kochkenntnisse: ja nein irrelevant

Führerschein: ja (Schaltgetriebe oder Automatik) nein

Sonstiges:

Informationen über das Zimmer:

- Bett/Stuhl/Tisch **Ort** Schrank Radio TV Internet eigenes Bad

Beschreibung:

- Dorf Stadt Busverbindung Bahnhof

Einkaufsmöglichkeit:

- ca. 10 Minuten ca. 20 Minuten 30 Minuten o.mehr
 Fahrrad vorhanden Familie macht den Großeinkauf

- Haustiere

Sonstiges:

--

Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Daten durch heiland24

Für unseren Dienst erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name, Adresse
- Telefonnummer und E-Mail-Adresse
- Gesundheitszustand der zu betreuenden Person

Diese Daten werden auf dem Server gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und einzig für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses notwendig ist. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers. Eine automatische Löschung erfolgt nach 12 Monaten, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden.

Nutzerrechte

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen. Auch kann eine Datenübertragung angefordert werden, sollte der Unterzeichnende eine Übertragung seiner Daten an eine dritte Stelle wünschen.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unser Dienst jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen ist, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten: mail@heiland24.info oder Telefon: +49 7634 35 000 90

Zustimmung durch den Nutzer (Pflichtfeld)

Hiermit versichert der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch heiland24 (Jochen Heiland) zuzustimmen und über seine Rechte belehrt worden zu sein.

Datum und Unterschrift: