

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen :**

**per Mail :** info@pflege-engel-24.de

**per WhatsApp :** 0160 94 14 77 03 **per Fax:** 0322 25 55 31 99

**per Post :** Pflege-Engel-24 Hüther, Drosselstr. 30, 66497 Contwig  
Pflege-Engel-24 Hüther, Matthäus-Merian-Ring 14 A, 67227 Frankenthal

Gewünschter **Betreuungsbeginn:** in ca. 1 Woche in ca. 2 Woche Zum:

### 1. Kontaktperson

**Frau / Herr** Vorname: Name:

Straße, Haus-Nr.: Telefon:

PLZ, Ort.: Telefon:

E-Mail: Mobil:

Verwandtschaftsgrad zur betreuenden Person:

### 2. Angaben zur betreuenden Person / Patient

**Frau / Herr** Vorname: Name:

Straße, Haus-Nr.: Telefon:

PLZ, Ort.: Mobil: :

Geburtsdatum: **Pflegegrad:** 1 2 3 4 5

Körpergewicht: kg derzeit kein Pflegegrad

Körpergröße: cm Pflegegrad/höherer Pflegegrad beantragt

### 3. Gesundheitszustand / Diagnosen

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

- |                   |                |                     |              |
|-------------------|----------------|---------------------|--------------|
| Allergien         | Dekubitus      | Herzinsuffizienz    | Parkinson    |
| Beginnende Demenz | Depression     | Herzrhythmusstörung | Rheuma       |
| Demenz            | Diabetes       | Hypertonie          | Schlaganfall |
| Arthrose          | D. mit Insulin | Mult. Sklerose      | Stoma        |
| Asthma            | Herzinfarkt    | Osteoporose         | Tumor        |

Sonstige:

Leidet die hilfsbedürftige Person an ansteckenden Krankheiten oder Keimen ?

Nein Ja:

### 3.1 Mobilität

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig? Ja Nein

Wenn Ja, muss die hilfsbedürftige Person gelagert werden? Ja Nein

Mobilität : selbständig Leicht gehbehindert Rollator Rollstuhl

Benötigt die hilfsbedürftige Person Hilfe beim Transfer (z.B. in den Rollstuhl):

Nein Unterstützung Ja

Falls ein Transfer notwendig ist, unterstützt die hilfsbedürftige Person dabei aktiv?

Nein Unterstützung komplett hilfsbedürftig

Benötigt die hilfsbedürftige Person Hilfe beim Treppensteigen?

Nein Unterstützung nicht möglich

Benötigt die hilfsbedürftige Person Hilfe beim An- / Auskleiden?

Nein Unterstützung komplett hilfsbedürftig

Vorhandene Hilfsmittel:

Gehstock	Patientenlifter	Dekubitusmatratze
Rollator	Hublift	Treppenlift
Rollstuhl	Hebegurt	Elektromobil
Krücken	Pflegebett	Aufstehhilfe

### 3.2 Körperpflege

Hilfe und Unterstützung bei der Körperpflege?

Baden / Duschen Nein Unterstützung hilfsbedürftig komplett

Intimpflege Nein Unterstützung hilfsbedürftig komplett

Mundpflege Nein Unterstützung hilfsbedürftig komplett

<b>Handpflege</b>	Nein	Unterstützung	hilfsbedürftig komplett
<b>Fußpflege</b>	Nein	Unterstützung	hilfsbedürftig komplett
<b>Haarpflege</b>	Nein	Unterstützung	hilfsbedürftig komplett

**Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?**

Nein	teilweise (z.B. nachts):		
Ja:	Urin	Stuhl	Dauerkatheter
Wechseln von Einlagen oder Inkontinenzmaterial:		selbständig	durch Betreuungsperson

**Vorhandene Hilfsmittel:**

Urinflasche	Windeln	Vorlagen
Katheter	Suprapubischer Katheter	WC-Stuhl

**Bemerkungen:**

### 3.3 Orientierung

<b>Zeitlich</b>	Ja	Temporär	sehr eingeschränkt
<b>Örtlich</b>	Ja	Temporär	sehr eingeschränkt
<b>Persönlich</b>	Ja	Temporär	sehr eingeschränkt

**Anmerkungen:**

**Zeigt die hilfsbedürftige Person herausfordernde Verhaltensweisen?** (z. B. gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus,...)

Nein                      Ja:

**Charaktereigenschaften und Wesen der zu betreuenden Person?**

### 3.4 Essen und Trinken

	selbständig	mit Unterstützung	komplett hilfsb.
<b>Kau- und Schluckbeschwerden ?</b>		Keine	Störungen
<b>Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?</b>		Ja	Nein
<b>Besonderheiten bei der Ernährung?</b>		PEG Sonde	Trinkkarenz
<b>Diät / Speiseplan:</b>			

### 4. Aufgaben der Betreuungskraft

<b>Kochen für</b>	Personen (inkl. Betreuungskraft)		
<b>Balkon- und Blumenpflege</b>	<b>Waschen u. Bügeln</b>	gelegentlich	<b>Einkaufen</b>
<b>Gibt es Haustiere, falls ja: welche?</b>			
<b>Sollen evtl. Haustiere mitversorgt werden?</b>	Ja		Nein
<b>Begleitung bei Arztbesuchen</b>	<b>Freizeitgestaltung</b>	an Medikamenteneinnahme erinnern	
<b>Sonstiges:</b>			
<b>Einkaufsmöglichkeiten:</b>	zu Fuß in ca.	Minuten	mit dem Auto mit dem Bus / Bahn

#### Gibt es Aufgaben die von der Familie übernommen werden?

Nein Ja:  
(z. B. Einkäufe, Arztbesuche,...)

#### Ambulante Pflegedienst vor Ort

Nein Ja:  
(Welche Aufgaben verrichten die Pfleger?)

#### Besucht die hilfsbedürftige Person eine Tagespflegeeinrichtung?

Nein Ja:

### 4.1 Nachteinsätze

#### Nachteinsätze ?

Nein Ja, gelegentlich Ja, jede Nacht Ja, mehrmals jede Nacht

#### Welche Tätigkeiten fallen an und ggf. wie häufig pro Nacht?

**Leidet die hilfsbedürftige Person an Schlafstörungen?** Ja Nein sporadisch

## 5. WOHNSTUATION

Mit wem lebt die hilfsbedürftige Person im gleichen Haushalt zusammen?

alleine      Ehepartner      Lebenspartner      Angehöriger:

Muss eine weitere Person im Haushalt versorgt werden? (Wenn Ja, bitte einen zweiten Fragebogen ausfüllen!)

Ja      nur Hauswirtschaft      Nein

Angaben zum Wohnort der hilfsbedürftigen Person

Dorf      Kleinstadt      Großstadt

Einfamilienhaus      Mehrfamilienhaus      Wohnung

Bemerkungen:

### 5.1 Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft

eigenes Bett      Kleiderschrank      Tisch      TV      Radio

eigenes Bad      sonstiges:

Internetanschluss

vorhanden      beantragt      Nein, nicht möglich

## 6. Anforderungen an die Betreuungskraft

Profil der Betreuungskraft:      weiblich      männlich      egal

Darf die Betreuungskraft rauchen?:      Ja      Nein      nur im Freien

Ist ein Führerschein erforderlich?:      Ja      Nein      nicht relevant

Sprachkenntnisse

Sehr gut      Kommunikativ

Gut      Grundkenntnisse

Mittleres Deutsch      einfache Grundkenntnisse

## 7. SCHLUSSBEMERKUNGEN & DATENSCHUTZ

### Wer unterzeichnet ggf. den Vertrag?

hilfsbedürftige Person

Ansprechpartner

### Wie sind Sie auf Pflege-Engel-24 aufmerksam geworden?

Familie / Bekannte

Arzt / Therapeut

Pflegedienst

Internetrecherche

Sonstige:

### Bemerkungen

#### Hinweise zum Datenschutz

Mit diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst. Pflege-Engel-24 benötigt diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Durch Unterzeichnung dieses Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichern Sie, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind, Sie erklären sich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenanfrage durch Pflege-Engel-24 Hüther kontaktiert zu werden.

Sie haben jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist an Pflege-Engel-24 Hüther, Drosselstr.30, 66497 Contwig zu richten.

**Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Angebotserstellung ist für Sie unverbindlich und kostenlos.**

---

Ort, Datum

Unterschrift