



# Südböhmische Volkspflege®

▶▶▶ Betreuung und Pflege „RUND um die UHR“

## ERHEBUNGSBOGEN

Dieser Fragebogen dient zur Abklärung der Anforderungen an eine 24 Stunden Betreuung Zuhause. Anhand der Angaben werden von unserem Unternehmen geeignete Betreuungspersonen vermittelt. Alle Informationen werden vertraulich behandelt und ausschließlich zu Vermittlungszwecken benötigt und elektronisch verarbeitet. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an unbefugte Dritte. Haben Sie Fragen beim ausfüllen, rufen Sie uns an 00420 724 108 007.

Wie soll mit Ihrem Erhebungsbogen verfahren werden?

- Kostenauskunft erbeten  
 verbindliche Anmeldung  
 Bedarfsänderung

Ab wann wird eine Betreuung Zuhause benötigt? \_\_\_\_\_ voraussichtlich bis \_\_\_\_\_.

### Angaben zur zu betreuenden Person

Titel _____	
Vorname _____	Nachname _____
Strasse _____	PLZ _____ Ort _____
Staat _____	Geburtsdatum: _____
Festnetznummer: _____	Faxnr.: _____
Mobilnummer: _____	Email: _____

### Angaben zur Kontaktperson

Titel _____	
Vorname _____	Nachname _____
Strasse _____	PLZ _____ Ort _____
Staat _____	Geburtsdatum: _____
Festnetznummer: _____	Faxnr.: _____
Mobilnummer: _____	Email: _____
Verhältnis zur zu betreuenden Person? (Tochter, Gatte, Sachwalter etc.)	_____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

->> \_\_\_\_\_



## Angaben zur Wohnsituation (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Wohnung, Anzahl Zimmer _____	<input type="checkbox"/> mit Garten
<input type="checkbox"/> Haus, Anzahl Zimmer _____	<input type="checkbox"/> mit Balkon/Terasse
<input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel sind verfügbar	<input type="checkbox"/> am Ortsrand/Stadtrand
<input type="checkbox"/> Einkaufsmöglichkeiten in _____ Gehminuten	<input type="checkbox"/> ein Zimmer für die Betreuungsperson ist verfügbar
Leben Haustiere im Haushalt? Wenn ja, welche?: _____	

## Wieviele Personen leben im Haushalt?

<input type="checkbox"/> nur die zu betreuende Person	<input type="checkbox"/> mehr als zwei Personen
<input type="checkbox"/> zwei Personen	<input type="checkbox"/> es sind 2 Personen zu betreuen (bitte Seite 4 auch für die zweite Person ausfüllen)

## Kann die Betreuungsperson einen Internetzugang nutzen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

## Kann eine Freizeit der Betreuungsperson von zwei Stunden je Tag gewährleistet werden?

Ja, unter Berücksichtigung von \_\_\_\_\_

Nein

## Die Betreuungsperson kann Raucher sein

<input type="checkbox"/> Ja, nicht in den Wohnräumen	<input type="checkbox"/> Nein
--	-------------------------------

## Tätigkeitsumfang der Betreuungsperson

<input type="checkbox"/> Zubereitung von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung
<input type="checkbox"/> Vornahme von Besorgungen	<input type="checkbox"/> Gestalten des Tagesablaufs
<input type="checkbox"/> Reinigungstätigkeiten im Haushalt	<input type="checkbox"/> Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen
<input type="checkbox"/> Betreuen von Tieren und Pflanzen	<input type="checkbox"/> Begleitung bei Aktivitäten
<input type="checkbox"/> Konversation führen	<input type="checkbox"/> Vorlesen
<input type="checkbox"/> Gesellschaft leisten	<input type="checkbox"/> Arztbesuche koordinieren

## Sind pflegerische Tätigkeiten durchzuführen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, diese werden von einem externen Dienst durchgeführt.
<input type="checkbox"/> Nein, kein Bedarf.	



Ist eine Betreuung nachts zwischen 22:00 und 6:00 Uhr nötig?

<input type="checkbox"/> Ja, selten (bis zu 3 x pro Woche)	<input type="checkbox"/> Ja, häufig (jede Nacht auch mehrmals)
<input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich (4 bis 7 x pro Woche).	<input type="checkbox"/> Nein

Sofern eine Betreuung nachts häufig stattfindet, ist eine Unterstützung der Betreuungsperson vorgesehen?

<input type="checkbox"/> Ja, mit externem Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, mit Angehörigen	

Welche Hilfsmittel stehen im Haushalt zur Verfügung?

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Badewannen oder Duschsitz	<input type="checkbox"/> Hebehilfe/Umsetzhilfe

### Persönliches

Welche Interessen hat die zu betreuende Person? (zum Beispiel Schach spielen, lesen, Musik, Spiele, etc.)

---



---

Welchen Beruf hat die zu betreuende Person ausgeübt?

---

Wie gestaltet sich der bestehende Tagesablauf?

---



---



---

Wie steht die zu betreuende Person zur Betreuung Zuhause? (zum Bsp.: ablehnend, wohlwollend etc.)

---



---

Welche persönlichen Eigenschaften sollte die Betreuungsperson mitbringen? (zum Bsp.: zurückhaltend, durchsetzungsfähig, ruhig, dynamisch, geduldig, etc.)

---



---

Hat die zu betreuende Person bereits Erfahrung mit einer Betreuung Zuhause? Wenn ja, weshalb wurde diese beendet?

---



---



**Gesundheitszustand**

Größe und Gewicht der zu betreuenden Person	Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
Liegt eine Pflegestufe vor?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein
Raucht die zu betreuende Person?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die zu betreuende Person gehfähig?	<input type="checkbox"/> Ja, uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe - zum Beispiel Rollator <input type="checkbox"/> Nein
Ist die zu betreuende Person bettlägrig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kann die zu betreuende Person die Mahlzeiten selbst einnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Benötigt die zu betreuende Person Diät?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein
Ist die zu betreuende Person inkontinent?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Urininkontinenz, Hilfsmittel _____ <input type="checkbox"/> Ja, Stuhlinkontinenz, Hilfsmittel _____
Liegt eine infektiöse Erkrankung vor?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein
Liegt eine diagnostizierte Erkrankung vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ _____
Liegt eine Demenzerkrankung vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ _____
Schläft die zu betreuende Person ungestört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leidet die zu betreuende Person an einer Depression?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Merkmale treffen auf die zu betreuende Person zu?	<input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> Abwehrverhalten im Allgemeinen <input type="checkbox"/> gewalttätig <input type="checkbox"/> verbal aggressiv <input type="checkbox"/> sturzgefährdet <input type="checkbox"/> verwirrt
Neigt die zu betreuende Person zu übermäßigem Alkoholgenuss?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Rücksendung des Erhebungsbogens**Per Email: [europa-info@volkspflege.com](mailto:europa-info@volkspflege.com)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben aktuell und wahrheitsgemäss sind.

In \_\_\_\_\_ am, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_