



Zustandserhebung zur Ermittlung des Pflegebedarfs

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt an uns **per E-Mail** zurück!

Leistungsnehmer (eine oder zwei Personen im Haushalt lebend.)

| | Name | Vorname | Geburtsname | Pflegebedürftig: | |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Person 1: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Person 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: E-Mail:

Mobil:

Sollten zwei Personen pflegebedürftig sein, bitte unbedingt für die zweite Person gesondert einen Fragebogen ausfüllen!

Ansprechpartner (wenn anders als oben)

Name Vorname Alter:

Straße:

PLZ: Ort:

Telefon: E-Mail:

Mobil:

Angaben zum Leistungsnehmer und zum Haushalt

Wie ist die Situation mit den Angehörigen?

Leben im gemeinsamen Haushalt

Kommen zu Besuch (wie oft)

Bitte Gewicht der zu betreuenden Person eingeben KG

Fragen zur Gesundheit

Liegen Krankheiten vor?

Ja

Nein

Diabetes

Bluthochdruck

Schlaganfall

Herz-Kreislaufkrankung

Tumor

Parkinson

MM-Patient

Geistige Behinderung

Dekubitus (Druckgeschwür)

Alzheimer/Demenz

Stoma

Sonstige Krankheiten, bitte erläutern:

Gibt es gesundheitliche Einschränkungen?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte weitere Angaben:

Schwerhörigkeit

Sprachstörung

Gehbehinderung

Inkontinenz

bettlägerig

Dauerkatheder

Probleme mit der Speiseröhre

Motorische Behinderung der Arme/Hände

Sonstige Einschränkungen, bitte erläutern:

Ist der Patient kommunikationsfähig?

vollständig

Eingeschränkt bzgl.

sehen

hören

sprechen

verstehen

Fragen zum Betreuungsumfang und der nächtlichen Betreuung

Benötigen Sie eine 24 Stundenbetreuung? ja nein

Zu welchen Zeiten soll die Betreuungskraft im Haushalt anwesend sein?

Wochentags von bis

Wochenende und an Feiertagen von bis

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein

Wenn ja, bitte weitere Angaben:

gelegentlich oft erhebliche Unruhe regelmäßige nächtliche Betreuung

Benötigen Sie Hilfe in der Nacht? ja nein

Falls ja, wie oft ist diese Hilfe erforderlich?

nur selten, bei besonderen Situationen regelmäßig und mehrfach pro Nacht

Bitte kurze Beschreibung wie oft und in welcher Form diese Hilfe im Regelfall erforderlich ist

Leiden Sie unter Desorientierung?

Wenn ja, bitte weitere Angaben

zeitlicher situativer räumlicher Zur eigenen Person

Muss die betreute Person angehoben werden? ja nein

Es bestehen Hilfsmittel:

Hebegurt Hebesitz Patient hilft andere

Ist aufgrund der Bewegungseinschränkung ein Treppenlift erforderlich? ja nein

Ist bereits ein Treppenlift vorhanden? ja nein

Sie bewohnen:

Haus Wohnung Flächen zum Sauberhalten qm

Haben Sie Haustiere, wenn ja, welche?

Haben Sie einen Garten? ja nein

Sind leichte Gartenarbeiten erwünscht? ja nein

Angaben zur Betreuungskraft:

Einsatzbeginn:

Vorausgesehene Einsatzdauer:

Alter:

- egal 25-40 40-60

Geschlecht:

- egal weiblich männlich

Sprachkenntnisse (deutsch):

- sehr gut gut mittelmäßig
 Grundkenntnisse

Kräftige Person:

- egal ja, da schwergewichtiger Patient

Führerschein mit Fahrpraxis:

- ja, wichtig gerne gesehen egal

Referenzen, Zeugnisse:

- ja, wichtig gerne gesehen egal

Tierlieb

- ja, wichtig egal

Sonstiges:

Erwartungen an die Betreuungskraft:

Welche Haushaltstätigkeiten erwarten Sie von Ihrer Betreuungskraft?

- Grundreinigung bei Eintreffen notwendig? (wird extra berechnet)

- Kochen (wie viele Personen?)

- Bügeln Einkaufen Fenster putzen Wäsche waschen

- Haushaltskasse/Haushaltsbuch führen Säubern machen

Andere (bitte auflisten)

Pflichten der Betreuungskraft (außer typischer Haushaltstätigkeiten)

- Tägliche Hilfe beim Waschen Ankleiden Nahrungsaufnahme
- Weitere Hilfestellungen bei:
- spazieren gehen Mit Gehstock mit Gehhilfe Im Rollstuhl

- Freizeitgestaltung (z.B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung)
- Wechseln der Windeln (bei Inkontinenz)

Auch die Betreuung benötigt Freizeit für Ihre Anliegen. Wie soll diese gestaltet sein?
(je nach Möglichkeit und Absprache)

- Stundenweise tägliche Freizeit (**mindestens 2-3 Stunden sind Voraussetzung**)
- Zusätzliche Freizeit ist nach Absprache möglich? In welcher Form?

Zusätzliche Fragen zum Leistungsnehmer

Frage zu Pflegediensten

- Es wird derzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen.
 - Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt.
 - Ist die zu pflegende Person in einen Pflegegrad eingestuft? ja nein
- Wenn ja, bitte Pflegegrad angeben: I II III IV V

Angaben zur Unterkunft der Betreuungskraft:

- Gibt es ein separates Zimmer? ja nein
- Gibt es ein separates Bad? ja nein
- Gibt es einen Internetanschluss (W-Lan) ja nein
- Gibt es einen Telefonanschluss? ja nein

IN WELCHER VERTRAGLICHEN FORM MÖCHTEN SIE GERNE IHRE KÜNFTIGE BETREUUNGSKRAFTBESCHÄFTIGEN?

- Dienstleistungsvertrag mit einer Betreuungsagentur im europäischen Ausland.**
Ihre Betreuungskraft ist dann bei einer Agentur im Ausland fest angestellt und in Deutschland sozialversichert. Die Entrichtung der Sozialversicherungsbeiträge wird mit einer **Bescheinigung** nachgewiesen.
- Festanstellung der ausgewählten Betreuungskraft durch Abschluss eines polnischen Arbeitsvertrages.** Alle anmelde- und abrechnungstechnischen Formalitäten werden in diesem Fall von uns abgewickelt. Sie selbst müssen also keinerlei organisatorischen Aufwand erbringen. Die Sozialversicherungsbeiträge werden in Deutschland abgeführt. Die monatlichen Kosten liegen aufgrund der Lohnnebenkosten jedoch bis zu 1.500€ höher als bei der Anbindung über eine ausländische Agentur.
- Abschluss eines Dienstleistungsvertrages mit einer selbstständigen Betreuungskraft.**
Das Gewerbe und der Wohnsitz der selbstständigen Betreuungskraft ist in diesem Fall in Deutschland offiziell angemeldet. Ihre Betreuungskraft ist auch in Deutschland krankenversichert. Sollte die Betreuungskraft allerdings nur für einen Auftraggeber tätig sein, besteht die Gefahr, dass diese Tätigkeit von der deutschen Rentenversicherung als Scheinselbstständigkeit eingestuft wird und es somit zu einer erheblichen Nachzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen kommen kann.
- Ich habe hierzu noch keine Entscheidung getroffen.**

BENÖTIGEN SIE WEITERE UNTERSTÜTZUNG BEI DER BETREUUNG IM HÄUSLICHEN UMFELD?

Kreuzen Sie bitte an welche Dienstleistungen/Produkte interessant für Sie sind. Wir unterstützen Sie kostenfrei und helfen Ihnen passende und kompetente Anbieter zu finden.

- Hausnotruf:**
24 Stunden Sicherheit auf Knopfdruck! Gerne beraten wir Sie zu den verschiedenen Varianten und Möglichkeiten der Kostenübernahme.
- Treppenlift:**
Erleichtern Sie Ihren Angehörigen das Treppensteigen und nutzen Sie die Option kostenfrei über verschiedenste Varianten und Zuschüsse (bis zu 4.000€/Jahr) informiert zu werden.
- Badumbauten:**
Gestalten Sie Ihren Wohnraum barrierefrei und fördern Sie die Selbständigkeit und das Wohlbefinden Ihrer Angehörigen! Gerne Beraten wir Sie kostenfrei und unverbindlich.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

Unterschrift des Leistungnehmers oder gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum:

Unterschrift: