

PFLEGEAGENTUR PETRAS

Anamnesebogen

Betreuungsbogen

1. Allgemeine Angaben

Ansprechpartner: ☐ Frau ☐ Herr

Nachname: Telefon:

Vorname: Mobil:

Straße:

PLZ/Ort: E-Mail:

Leistungsempfänger: ☐ Einzelperson ☐ Ehepaar

Zu betreuende Person 1

☐ Frau ☐ Herr

Nachname:

Vorname:

Körpergröße in cm:

Gewicht in kg:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

(☐ Privat ☐ Gesetzlich)

Zu betreuende Person 2

☐ Frau ☐ Herr

Nachname:

Vorname:

Körpergröße in cm:

Gewicht in kg:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

(☐ Privat ☐ Gesetzlich)

Adresse des Leistungsempfängers:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Verhältnis zum Ansprechpartner: ☐ Sohn/Tochter ☐ Ehepartner ☐ Angehöriger/Betreuer

Geplanter Beginn des Einsatzes:
--

2. Allgemeine Rahmenbedingungen

Lage: ☐ Großstadt ☐ Stadt ☐ Kleinstadt ☐ Dorf ☐ Ländlich
☐ Zentral ☐ Stadtrand ☐ Abgelegen

Wohnsituation: ☐ Einfamilienhaus ☐ Reihen-/Mehrfamilienhaus ☐ Wohnung

Haushaltsfläche die sauber zu halten ist: ca. m²

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): ☐ ca.10 Min ☐ 20 Min ☐ 30 Min ☐ mehr als 30 Min

Soll auch für weitere Personen eine hauswirtschaftliche Versorgung erfolgen?

☐ nein ☐ wenn ja, für welche Person(en) und welche Leistungen?

.....
.....

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten die ausgeführt werden sollen:

☐ Kochen ☐ Reinigung ☐ Wäsche waschen ☐ Bügeln ☐ Einkaufen

☐ Sonstiges.....

Gibt es eine Haushaltshilfe? ☐ ja ☐ nein. Wenn ja, wie oft kommt sie?

Sind Haustiere vorhanden? ☐ ja ☐ nein. Wenn ja, welche?:

.....

Die Betreuungskraft wird untergebracht in Zimmer(n).

Die Betreuungskraft hat ein ☐ eigenes Bad/WC ☐ gemeinsames Bad/WC.

Ein Fernseher wird zur Verfügung gestellt. ☐ ja ☐ nein

Ein Internetzugang **WLAN / Wi-Fi** existiert bzw. wird zur Verfügung gestellt. ☐ ja ☐ nein

3. Gesundheitszustand der zu betreuenden Person/en

Hat die zu betreuende Person einen Pflegegrad?

Person 1 ☐ Nein

☐ Ja

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Person 2 ☐ Nein

☐ Ja

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Diagnosen:

Zu betreuende Person 1

- ☐ Mobil
- ☐ Altersbedingte Gehschwäche / Rollator
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Parkinson
- ☐ Diabetes
- ☐ Diabetes Insulinpflichtig
- ☐ Schlaganfall ☐ rechts ☐ links
- ☐ geringe Sehfähigkeit
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ Dekubitus
- ☐ Allergien
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ chronische Bronchitis, Asthma
- ☐ Tumor
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Sonstige Erkrankungen:

.....

Zu betreuende Person 2

- ☐ Mobil
- ☐ Altersbed. Gehschwäche / Rollator
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Parkinson
- ☐ Diabetes
- ☐ Diabetes Insulinpflichtig
- ☐ Schlaganfall ☐ rechts ☐ links
- ☐ geringe Sehfähigkeit
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ Dekubitus
- ☐ Allergien
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ chronische Bronchitis, Asthma
- ☐ Tumor
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Sonstige Erkrankungen:

.....

Zu betreuende Person 1

Geistiger Zustand:

- ☐ sehr klar
- ☐ dem Alter normal
- ☐ leichte Demenz / Vergesslich
- ☐ Demenz / Alzheimer
- ☐ lieb /ruhig
- ☐ depressiv
- ☐ aggressiv

Desorientierung:

- ☐ zum Ort ☐ zur Zeit zur Person

Mobilität / Bewegung:

- ☐ selbständig
- ☐ mit Hilfe
- ☐ mit Rollator
- ☐ mit Rollstuhl
- ☐ Bettlägerig, komplett hilfsbedürftig

Muss der Patient regelmäßig gedreht werden?

- ☐ nein ☐ ja, jede Stunden.

Transfer /Rollstuhl:

- ☐ selbständig
- ☐ mit Hilfe
- ☐ mit Rutsche
- ☐ elektrischer Hebelift
- ☐ komplett bettlägerig / kein Transfer

Weitere Hinweise zum Transfer

.....

Hilfsmittel:

- ☐ Pflegebett
- ☐ Dekubitusmatratze
- ☐ Andere Hilfsmittel.....

Zu betreuende Person 2

Geistiger Zustand:

- ☐ sehr klar
- ☐ dem Alter normal
- ☐ leichte Demenz / Vergesslich
- ☐ Demenz / Alzheimer
- ☐ lieb /ruhig
- ☐ depressiv
- ☐ aggressiv

Desorientierung:

- ☐ zum Ort zur Zeit zur Person

Mobilität / Bewegung:

- ☐ selbständig
- ☐ mit Hilfe
- ☐ mit Rollator
- ☐ mit Rollstuhl
- ☐ komplett hilfsbedürftig, Bettlägerig

- ☐ nein ☐ ja, jede Stunden

Transfer /Rollstuhl:

- ☐ selbständig
- ☐ mit Hilfe
- ☐ mit Rutsche
- ☐ elektrischer Hebelift
- ☐ komplett bettlägerig / kein Transfer

Hilfsmittel:

- ☐ Pflegebett
- ☐ Dekubitusmatratze
- ☐ Andere Hilfsmittel.....

4. Körperhygiene

Zu betreuende Person 1

Körperpflege:

Selbst-
ständig mit
Hilfe volle
Unter-
stützung

Ankleiden / Auskleiden
Mundpflege/Zahnprothese
Oberkörper
Gesäß / Beine
Haare waschen
Handpflege
Rasieren

Probleme der Kommunikation:

Sprache keine mäßige massiv
Hören keine mäßige massiv
Sehen keine mäßige massiv

Toilettengang:

☐ selbstständig ☐ mit Hilfe
☐ Urin-Inkontinent ☐ Stuhl-Inkontinent

Bemerkung:

Hilfsmittel:

☐ Windeln ☐ Vorlagen
☐ Urinflasche ☐ Bettpfanne
☐ Katheter ☐ Toilettenstuhl

Duschen:

☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ nicht möglich
☐ waschen im Bett

Hilfsmittel:

☐ Wanneneinsteighilfe Seniorengerechtes Bad
☐ Badewannensitz Duschstuhl
☐ keine Hilfsmittel vorhanden

Zu betreuende Person 2

Körperpflege:

Selbst-
ständig mit
Hilfe volle
Unter-
stützung

Ankleiden / Auskleiden ☐ ☐
Mundpflege/Zahnprothese ☐ ☐
Oberkörper ☐ ☐
Gesäß / Beine ☐ ☐
Haare waschen ☐ ☐
Handpflege ☐ ☐
Rasieren ☐ ☐

Toilettengang:

☐ selbstständig ☐ mit Hilfe
☐ Urin-Inkontinent ☐ Stuhl-Inkontinent

Hilfsmittel:

☐ Windeln ☐ Vorlagen
☐ Urinflasche ☐ Bettpfanne
☐ Katheter ☐ Toilettenstuhl

Duschen:

☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ nicht möglich
☐ waschen im Bett

Hilfsmittel:

☐ Wanneneinsteighilfe Seniorengerechtes Bad
☐ Badewannensitz Duschstuhl
☐ keine Hilfsmittel vorhanden

5. Allgemeines im Alltag

Zu betreuende Person 1

Essen und Trinken:

- ☐ selbständig
- ☐ mit Hilfe
- ☐ Schluckprobleme
- ☐ PEG Sonde
- ☐ Diät

Ein - und Durchschlafen:

- ☐ keine Probleme
- ☐ sporadische Störungen
- ☐ bekommt Schlafmittel
- ☐ Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Wie oft muss die Betreuungskraft nachts aufstehen?

- ☐ 0
- ☐ 1 mal
- ☐ 2- 3 mal

Zu betreuende Person 2

Essen und Trinken:

- ☐ selbständig
- ☐ mit Hilfe
- ☐ Schluckprobleme
- ☐ PEG Sonde
- ☐ Diät

Ein - und Durchschlafen:

- ☐ keine Probleme
- ☐ sporadische Störungen
- ☐ bekommt Schlafmittel
- ☐ Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Wie ist die zu betreuende Person vom Wesen und Charakter?

(Bitte kurze Stichpunkte typischer Eigenschaften)

Zu betreuende Person 1

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zu betreuende Person 2

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Hobbys hat die zu betreuende Person?

Zu betreuende Person 1

- ☐ Lesen
- ☐ Schreiben
- ☐ Kochen
- ☐ Backen
- ☐ Kino
- ☐ Theater / Oper
- ☐ Spazieren gehen
- ☐ Basteln
- ☐ Dekorieren
- ☐ Karten spielen
- ☐ Brettspiele
- ☐ Sammelleidenschaft
- ☐ TV Schauen
- ☐ Gymnastik
- ☐ Gartenarbeit
- ☐ Fremdsprachen
- ☐ Politik
- ☐ Musik hören
- ☐ Singen
- ☐ Musikinstrument spielen
- ☐ Hunde
- ☐ Katzen
- ☐ Vögel
- ☐ Autos
- ☐ Computer
- ☐ Technik
- ☐ Gesundheit
- ☐ Blumen / Pflanzen
- ☐ Heimwerken
- ☐ Sonstiges.....

Zu betreuende Person 2

- ☐ Lesen
- ☐ Schreiben
- ☐ Kochen
- ☐ Backen
- ☐ Kino
- ☐ Theater / Oper
- ☐ Spazieren gehen
- ☐ Basteln
- ☐ Dekorieren
- ☐ Karten spielen
- ☐ Brettspiele
- ☐ Sammelleidenschaft
- ☐ TV Schauen
- ☐ Gymnastik
- ☐ Gartenarbeit
- ☐ Fremdsprachen
- ☐ Politik
- ☐ Musik hören
- ☐ Singen
- ☐ Musikinstrument spielen
- ☐ Hunde
- ☐ Katzen
- ☐ Vögel
- ☐ Autos
- ☐ Computer
- ☐ Technik
- ☐ Gesundheit
- ☐ Blumen / Pflanzen
- ☐ Heimwerken
- ☐ Sonstiges.....

PFLEGEAGENTUR PETRAS

Beschreiben Sie in Stichpunkten den Tagesablauf der zu betreuenden Person/en.

Aufstehen morgens ☐ um ca.: Uhroder ausschlafen lassen

Morgens:
Vormittags:
Mittags:
Nachmittags:
Abends:
Nachtruhe ab ca.:

6. Pflegedienst

Erfolgt eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ☐ nein ja x täglich

Welcher Pflegedienst kommt zu Ihnen?

.....

Welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst durchgeführt?

.....

Geht die zu pflegende Person regelmäßig in die Tagespflege, wenn ja, wie oft?

.....

7. Personalanforderungen

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ egal

Alter: ☐ unter 35 Jahre ☐ 35-50 Jahre ☐ über 50 Jahre ☐ egal

Pflegeerfahrung: ☐ ja ☐ nein

Kochkenntnisse: ☐ wichtig ☐ nicht wichtig

Führerschein: ☐ ja ☐ egal Schaltwagen ☐ Automatik

Nichtraucher(in): ☐ ja ☐ egal

Tierlieb: ☐ ja ☐ egal

Gewünschte Deutschkenntnisse / Qualifikation der Betreuungskraft:

☐ **gute Deutschkenntnisse** (Minimum die ATENA Einstufung B2)

8. Sonstiges

Voraussichtliche Freizeit die Sie der Betreuungskraft einräumen (Bitte mit Zeitangabe)

.....

.....

.....

Sonstige Bemerkungen

.....

.....

.

Hatten Sie schon mal eine 24-Stunden-Betreuung?

☐ ja ☐ nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Krankenhaus
- ☐ Arzt
- ☐ Freunde
- ☐ Weiterempfehlung
- ☐ Zeitung
- ☐ Internet
- ☐ Pflegedienst

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Betreuungsdienstleistungen genutzt werden.

.....
Datum,

Unterschrift

Gemäß dem Gesetz über Personendatenschutz informieren wir Sie, dass Ihre Daten ausschließlich zur Durchführung dieses Dienstleistungsvertrages genutzt und nicht an Dritte weitergegeben oder kommerziell verwendet werden. Wir möchten Sie gleichzeitig darüber informieren, dass Sie jederzeit Zugriff auf Ihre Daten haben. Die Angabe von personenbezogenen Daten ist freiwillig.