

Seniorenservice Langhammer

Elbe - Weser - Dreieck & Nordseeküste

ERFASSUNGSBOGEN

Eine umfassende Bedarfsanalyse ist die Grundlage einer individuellen Betreuung zu Hause und notwendig, um mit der Suche nach einer geeigneten Betreuungsperson beginnen zu können. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus und senden ihn uns auf einem der folgenden Wege zurück:

Bitte senden Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück:

**Post: Kastanienweg 20
27729 Holste**

Tel: 04748/5881640

Mail: langhammer.info@gmail.com

1.1 ANSPRECHPERSON

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.:

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Verhältnis zur ersten hilfsbedürftigen Person: _____

1.2 KONTAKT DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON(EN)

Mobil:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

1.3 WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Krankenhaus
- ambulanter Pflegedienst
- Beratungsstelle
- Arzt/Therapeut
- Internetrecherche
- Empfehlung von Freunden/Bekanntem
- Sonstiges

Nähere Angaben oder Stempel der Einrichtung:

Einverständniserklärung

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

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Langhammer Seniorenservice die in diesem Erfassungsbogen zur Bedarfsanalyse enthaltenen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst und zum Zwecke der Anbahnung einer Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung an direkt beteiligte Partner weitergibt.

Die Datenweitergabe an direkt beteiligte Partner erfolgt anfangs anonymisiert. Persönliche Daten werden erst weitergegeben, wenn einem Betreuungsvorschlag zugestimmt wurde.

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben freiwillig nach meinem bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich zur Weitergabe der Daten befugt bin.

Datum:

Unterschrift:

2. HILFSBEDÜRFTIGE PERSON

2.1 ZUR PERSON

männlich weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Beindet sich die Person aktuell in (teil-)stationärer Behandlung?

nein ja

Wann soll die Betreuung zu Hause beginnen?

innerhalb von 14 Tagen ab _____

Welchen Pflegegrad hat die hilfsbedürftige Person?

1 2 3 4 5 derzeit keinen Pflegegrad

2.2 DIAGNOSEN UND GRÜNDE FÜR DIE BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

- Demenz Altersschwäche Schlaganfall Angstzustände Krebs
 Einsamkeit Depression Unfall/Sturz Amputation Rheuma
 Parkinson Diabetes Herzerkrankung

Anmerkungen:

Hat die hilfsbedürftige Person Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

nein ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person ansteckende Krankheiten oder Keime (z. B. MRSA, ESBL, Hepatitis)?

nein ja, Folgende: _____

Hat die hilfsbedürftige Person eine Hauterkrankung/-schädigung (z. B. Dekubitus)?

nein ja, wird versorgt durch: _____

2.3 VERSORGUNG DURCH EINEN AMBULANTEN PFLEGEDIENST

Bitte beachten Sie, dass die Behandlungspflege (bspw. Medikamentengabe, Wundversorgung oder das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) ausgeschlossen ist und durch einen Pflegedienst erfolgen muss.

Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

nein wöchentlich mehrmals pro Woche täglich mehrmals täglich

Wenn ein Pflegedienst in Anspruch genommen wird, welche Aufgaben soll er auch weiterhin übernehmen?

Darf sich Langhammer mit dem Pflegedienst über die Versorgung der hilfsbedürftigen Person austauschen?

ja nein nach Rücksprache

Angaben zum Pflegedienst: _____

2.4 INKONTINENZ

nicht inkontinent stuhlinkontinent künstlicher Blasenaustrag Dauerkatheter
 harninkontinent künstlicher Darmaustrag teilweise inkontinent (z. B. nachts)

Verwendet die hilfsbedürftige Person Einlagen oder Inkontinenzmaterial?

nein ja, Wechsel erfolgt selbstständig ja, Wechsel durch Betreuungsperson

2.5 KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEIT

Sehen: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt blind
Hören: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt gehörlos
Sprechen: nicht eingeschränkt eingeschränkt stark beeinträchtigt verstummt

Ergänzungen:

2.6 MOBILITÄT

Hinlegen & Aufstehen: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
Hinsetzen & Aufstehen: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
Stehen: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
Gehen: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
Umgang mit Gehhilfen: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
Umgang mit Rollstuhl: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
Umsetzen (Transfer): selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
Umlagern im Bett: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme

Ergänzungen:

Ist die hilfsbedürftige Person sturzgefährdet?

nein ja

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

Pflegebett Hebegurt/-sitz Lifter Toiletten-/Duschstuhl
 Rollstuhl Rollator weitere: _____

Muss die hilfsbedürftige Person angehoben werden?

nein ja, hilfsbedürftige Person kann unterstützen ja, mit vollem Körpergewicht

2.7 MENTALE VERFASSUNG (DEMENZ-ANAMNESE)

Hat die hilfsbedürftige Person Orientierungsschwierigkeiten?

- nein zeitlich („Welcher Tag ist heute?“) örtlich („Wo bin ich?“)
 räumlich („Wo ist die Toilette?“) situativ („Was mache ich hier gerade?“)
 zur eigenen Person („Wie heiße ich?“) zu anderen Personen („Woher kenne ich dich?“)

Zeigt die hilfsbedürftige Person aggressive Verhaltensweisen?

- nein ggü. sich selbst ggü. anderen ggü. Gegenständen ja, verbal

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person weitere herausfordernde Verhaltensweisen?

- nein Angstzustände Apathie (Teilnahmslosigkeit) Halluzinationen
 starke Unruhe Hinlauftendenz gestörter Tag-Nacht-Rhythmus Ablehnung der Pflege

Anmerkungen:

Welchen Umgang bevorzugt die hilfsbedürftige Person?

- Eine direkte Ansprache und Aktivierung ist wichtig Sie bevorzugt es, in Ruhe gelassen zu werden

Anmerkungen:

2.8 INTERESSEN UND BELIEBTE BESCHÄFTIGUNGEN DER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSON

- Kochen/Backen Spaziergänge Musik Natur Tiere
 Lesen/Literatur Fernsehen Handarbeiten Gesellschaftsspiele

Weitere: _____

2.9 AUFGABEN DER BETREUUNGSPERSON

- Körperhygiene Intimpflege Erinnerung an Medikamenteneinnahme
 Nahrungsaufnahme Toilettengänge Vereinbarung und Begleitung von Arztterminen
 An- und Auskleiden Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme

weitere:

Ist eine Betreuung in der Nacht notwendig?

- nein gelegentlich jede Nacht mehrmals pro Nacht

Anmerkungen:

Wie kann die Betreuungsperson in der Nacht gerufen werden?

- Klingel „Babyphone“ Rufen

3. ANGABEN ZUR BETREUUNGSPERSON

3.1 WÜNSCHE AN DIE BETREUUNGSPERSON

Für welchen Zeitraum planen Sie derzeit den Einsatz einer Betreuungsperson?

unbefristet befristet für die Dauer von: _____ Monaten

Welches Geschlecht bevorzugen Sie?

egal weiblich männlich

Sollte die Betreuungsperson Nichtraucher sein?

egal nein, aber Rauchen nur im Außenbereich ja

nein, aber höchstens _____ Zigaretten pro Tag

Welches Alter bevorzugen Sie?

egal bis 50 Jahre älter als 50

Sollte die Betreuungsperson einen Führerschein haben?

egal ja, für Fahrten außerorts ja, für Fahrten außerorts und in der Innenstadt

Welche Deutschkenntnisse sind für die Betreuung erforderlich?

Kategorie I: Kann einfache alltägliche Ausdrücke verstehen.
(Entspricht etwa A1 des Europäischen Referenzrahmens)

Kategorie II: Kann sich in bekannten Situationen in einfachen Worten verständigen.
(Entspricht etwa A2 des Europäischen Referenzrahmens)

Kategorie III: Kann klare Sprache verstehen und sich in einfachen Worten ausdrücken.
(Entspricht etwa B1 des Europäischen Referenzrahmens)

3.2 ALLGEMEINE ANGABEN ZUM HAUSHALT

Welche Ausstattungsdetails stehen der Betreuungsperson – neben einem eigenen Zimmer – zur Verfügung?

eigenes Bad TV Fahrrad Auto weitere: _____

Wird der Betreuungsperson ein Internetzugang zur Verfügung gestellt?

ja, bereits vorhanden ja, wird noch bereitgestellt nicht möglich

Wie sind die wichtigsten Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen?

zu Fuß mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit dem Fahrrad nur mit dem Auto

Gibt es weitere Unterstützung im Haushalt?

nein ja, Folgende: _____

Welche technischen Hilfsmittel sind vorhanden?

Waschmaschine Wäschetrockner Geschirrspülmaschine

weitere: _____

Kommen Angehörige oder Bekannte zu Besuch und wenn ja, wie oft?

nein ja, in folgender Regelmäßigkeit: _____

Wie wohnt die hilfsbedürftige Person?

Haus Wohnung Sonstiges: _____

Leben neben der ersten hilfsbedürftigen Person noch weiteren Personen im Haushalt?

nein ja, eine zweite zu betreuende Person (bitte auch Seiten 8-10 ausfüllen)

ja, Folgende: _____

3.3 ANGABEN ZU HAUSHALTSTÄTIGKEITEN

Soll die Betreuungsperson kochen?

nein ja, für: _____ Personen (inkl. Betreuungsperson)

Soll die Betreuungsperson die Wohnfläche reinigen?

nein ja, ca: _____ m²

Welche weiteren Tätigkeiten soll die Betreuungsperson übernehmen?

Blumenpflege Waschen/Bügeln Einkaufen

weitere: _____

Soll die Betreuungsperson Haustiere versorgen?

nein ja, Folgende: _____

3.4 FREIZEITREGELUNG

ein freier Tag pro Woche zwei halbe freie Tage pro Woche mehrere Stunden pro Tag

Anmerkungen:

Wer übernimmt die Betreuung, wenn die Betreuungsperson Freizeit hat?

3.5 ABHOLUNG DER BETREUUNGSPERSON BEI ANREISE

Bitte beachten Sie, dass die Anreise nur bis zum nächstgelegenen zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen erfolgt.

Abholung persönlich vom zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen möglich

Abholung durch Dritte vom zentralen Busbahnhof (ZOB), Bahnhof bzw. Flughafen möglich

keine Abholung möglich

Anmerkungen: