

# Fragebogen zur Ermittlung der passenden Betreuungskraft



## Personen im gemeinsamen Haushalt:

- Die Person lebt **allein**, eine weitere Person ist nicht im Haushalt
- Es handelt sich um zwei Personen die zu betreiben sind (**Bitte beigelegten Analysebogen B verwenden**)
- Die Person lebt mit einer **zweiten, nicht betreuungsbedürftigen**, Person in einem Haushalt

## Wünsche an Ihre Betreuungskraft

### Ihre persönlichen Erwartungen an die Betreuungskraft:

- |                             |                                             |                                      |                               |
|-----------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Einsatzbeginn               | <input type="checkbox"/> Sofort             | <input type="checkbox"/> .....       |                               |
| Betreuung erwünscht über:   | <input type="checkbox"/> Ostern             | <input type="checkbox"/> Weihnachten |                               |
| Vorausgesehene Einsatzdauer | <input type="checkbox"/> Unbefristet        | <input type="checkbox"/> .....       |                               |
| Alter der Betreuungskraft   | <input type="checkbox"/> .....              | <input type="checkbox"/> Egal        |                               |
| Geschlecht                  | <input type="checkbox"/> Weiblich           | <input type="checkbox"/> Männlich    | <input type="checkbox"/> Egal |
| Führerschein mit Fahrpraxis | <input type="checkbox"/> Ja, wichtig        |                                      | <input type="checkbox"/> Egal |
| Raucher                     | <input type="checkbox"/> Nein               | <input type="checkbox"/> Ja          | <input type="checkbox"/> Egal |
|                             | <input type="checkbox"/> Egal, wenn draußen |                                      |                               |

**Sprachkenntnisse:**  Note 1 sehr gut     **Note 2 gut**     Note 3 befriedigend     Note 4 nicht befriedigend  
(Pflegerherzen empfiehlt Note 2 – 3)

### Zwingende Voraussetzungen am Einsatzort, für eine Betreuungskraft:

- |                                                                          |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Freie Kost                           | <input checked="" type="checkbox"/> Ein voller freier Tag in der Woche   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Freie Logis                          | <input checked="" type="checkbox"/> Einzelzimmer, möbliert, abschließbar |
| <input checked="" type="checkbox"/> Freizeit, mind. 2 - 3 Stunden am Tag | <input checked="" type="checkbox"/> Freier Zugang zum WC und Dusche      |

### Kommunikationsmöglichkeiten für die Betreuungskraft (verpflichtend):

Besteht die Möglichkeit der Mitnutzung eines Festnetztelefons?     Ja     Nein

Telefonkosten müssen durch Kunden gedeckt werden. (Telefonbenutzung durch die Betreuungskraft muss angemessen sein. Empfohlen wird FlatRate nach Polen, z.B. CountryFlatRate der Telekom)

Besteht die Möglichkeit einer Internetnutzung?     Ja     Nein

## A. Informationen über Ihren Gesundheitszustand I

### Krankheitsmerkmale:

- |                                                        |                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                     | <input type="checkbox"/> Allergien (Bitte erläutern)                                          |
| <input type="checkbox"/> MS-Patient                    | <input type="checkbox"/> Depressionen                                                         |
| <input type="checkbox"/> Geistig behindert             | <input type="checkbox"/> Osteoporose                                                          |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür)     | <input type="checkbox"/> Asthma                                                               |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre  | <input type="checkbox"/> Chronischer Durchfall                                                |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                 | <input type="checkbox"/> Diabetes                                                             |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re |
| <input type="checkbox"/> Tumor (Bitte erläutern)       | <input type="checkbox"/> Parkinson                                                            |
| <input type="checkbox"/> Keine ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> Weiteres (Bitte erläutern)                                           |

Erläuterungen:.....

**Inkontinenz:**  Es besteht keine Inkontinenz

**Urin:**  Kontinent  Teilweise inkontinent (z.B. nachts)  Inkontinent  Dauerkatheter

Erläuterungen:.....

**Stuhl:**  Kontinent  Teilweise inkontinent (z.B. nachts)  Inkontinent  Stoma

Erläuterungen:.....

**Pflegestufe:**  Keine Letzte Untersuchung durch den MDK:.....

Folgende Pflegestufe wurde erteilt / beantragt:  0  I  II  III

**Demenz:**  Ja  Nein

### **Nachtruhe des zu Betreuenden:**

Ungestört  Gelegentlich gestört  Regelmäßige nächtliche Betreuung

Erläuterung:.....

**Rufbereitschaft der Betreuerin in der Nacht:**  Nein  Ja, bitte erläutern:

Erläuterung:.....

### **Nehmen Sie Dienstleistungen von Pflegediensten in Anspruch?**

Nein, keine Leistungen  Es gibt bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes:

Erläuterungen:.....

**Wir raten dazu, eingesetzte Pflegedienste auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!**  
**Medizinische Dienstleistungen werden von den Betreuungskräften nicht durchgeführt!**

## A. Informationen über den Gesundheitszustand II

### Allgemeine Beweglichkeit:

	Uneingeschränkt	Teilweise eingeschränkt	Eingeschränkt
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung:.....

### Wie weit kann die Person mithelfen:

- Mit ganzen Körpereinsatz    Nur bedingt möglich    Kaum    Altersbedingte Altersschwäche

Erläuterung:.....

### Weitere Fragen zur Beweglichkeit:

	Selbständig	Selbständig mit Untersützung	Komplett hilfsbedürftig	Nicht notwendig
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen vom Stuhl / Sitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen:.....

### Hilfsmittel:

- Hebegurt    Hebesitz    Patientenlift    WC Sitz    Krankenbett    Altersgerechtes Badezimmer  
 Urinflasche    Windeln    Einlagen    Hausnotruf    Rollator    Rollstuhl    Sonstige

Erläuterung:.....

### Kommunikationsfähigkeit:

- vollständig erhalten  
 Eingeschränkt bezüglich:    Sehen    Hören    Sprechen    Verstehen

Erläuterung:.....

### Orientierung:

- Vollständig erhalten    Demenz  
 Eingeschränkt bezüglich    Ort    Zeit    Person

Erläuterung:.....

### Beschreiben Sie bitte in wenigen Wörtern den Charakter des zu Betreuenden:

Erläuterung:.....



## Allgemeine Kundendaten

### Leistungsnehmer - eine oder zwei Personen (im gemeinsamen Haushalt lebend):

1. Name ..... Vorname ..... Alter / Gewicht / Größe .....

2. Name ..... Vorname ..... Alter / Gewicht / Größe .....

Anschrift mit PLZ .....

Tel / Fax ..... Handy ..... E-Mail .....

### Ansprechperson / Vertragsnehmer

Name ..... Vorname .....

Anschrift mit PLZ .....

Tel / Fax ..... Handy ..... E-Mail .....

### Ambulanter Pflegedienst (Falls vorhanden):

.....

### Hausarzt:

.....

### Wie sind Sie auf Pflegeherzen aufmerksam geworden:

.....

### Wichtige Information:

- Ich wurde informiert, dass der Dienstleistungsvertrag zwischen mir und einem polnischen Dienstleistungsunternehmen geschlossen wird. Hierbei wird eine Betreuungskraft für gewünschte Dienstleistungen und zum gewünschten Einsatzort gemäß EU – Richtlinien entsendet. Der Dienstleistungsempfänger, hat kein Weisungsrecht / Direktionsrecht gegenüber der Betreuungskraft. **Die wöchentliche regelmässige Arbeitszeit der Betreuungskraft beträgt bis zu 40 Std.** In der Zeit von 22:00 Uhr bis 6:30Uhr gilt lediglich eine Rufbereitschaft und keine Sitznachtwache. **Pflegeherzen ist unabhängig davon ihr Ansprechpartner in allen Belangen.**
- Sie sind verpflichtet, die Betreuungskraft am Anreisetag, am jeweiligen Anreiseort abzuholen oder abholen zu lassen. Pflegeherzen bietet diesbezüglich einen Hol- und Bringservice an. Pro Fahrt zwischen 50 Euro – 70 Euro. (Nur möglich im Saarland und grenznahen Gebieten in Rheinland Pfalz sowie Montag bis Freitag)
- Ich wurde informiert, dass für Nachteinsätze der Betreuungskraft, ein Ausgleich in Form von zusätzlicher Freizeit einzurichten ist. Arbeitszeit- sowie Freizeitreglung entnehmen Sie bitte dem geschlossenen Dienstleistungsvertrag.
- Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung. Weiter versichere ich, dass ich die Voraussetzungen zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere und erfülle.

Ort ..... Datum ..... Unterschrift .....

Analysebogen B (nur bei zweiten zu betreuenden Person)

Allgemeine Kundendaten: Name:..... Vorname:.....

A. Informationen über den Gesundheitszustand I

**Krankheitsmerkmale:**

- Alzheimer
- MS-Patient
- Geistig behindert
- Dekubitus (Druckgeschwür)
- Probleme mit der Speiseröhre
- Bluthochdruck
- Herz-Kreislaufkrankung
- Tumor (Bitte erläutern)
- Keine ansteckende Krankheiten
- Allergien (Bitte erläutern)
- Depressionen
- Osteoporose
- Asthma
- Chronischer Durchfall
- Diabetes
- Schlaganfall  li  re
- Parkinson
- Weiteres (Bitte erläutern)

Erläuterungen:.....

**Inkontinenz:**  Es besteht keine Inkontinenz

**Urin:**  Kontinent  Teilweise inkontinent (z.B. nachts)  Inkontinent  Dauerkatheter

Erläuterungen:.....

**Stuhl:**  Kontinent  Teilweise inkontinent (z.B. nachts)  Inkontinent  Stoma

Erläuterungen:.....

**Pflegestufe:**  Keine Letzte Untersuchung durch den MDK:.....

Folgende Pflegestufe wurde erteilt / beantragt:  0  I  II  III

**Demenz:**  Ja  Nein

**Nachtruhe des zu Betreuenden:**

Ungestört  Gelegentlich gestört  Regelmäßige nächtliche Betreuung

Erläuterung:.....

**Rufbereitschaft der Betreuerin in der Nacht:**  Nein  Ja, bitte erläutern:

Erläuterung:.....

**Nehmen Sie Dienstleistungen von Pflegediensten in Anspruch?**

Nein, keine Leistungen  Es gibt bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes:

Erläuterungen:.....

**Wir raten dazu, eingesetzte Pflegedienste auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!**  
**Medizinische Dienstleistungen werden von den Betreuungskräften nicht durchgeführt!**

## B. Informationen über den Gesundheitszustand II

### Allgemeine Beweglichkeit:

	Uneingeschränkt	Teilweise eingeschränkt	Eingeschränkt
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung:.....

### Wie weit kann die Person mithelfen:

- Mit ganzen Körpereinsatz    Nur bedingt möglich    Kaum    Altersbedingte Altersschwäche

Erläuterung:.....

### Weitere Fragen zur Beweglichkeit:

	Selbständig	Selbständig mit Untersützung	Komplett hilfsbedürftig	Nicht notwendig
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen vom Stuhl / Sitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen:.....

### Hilfsmittel:

- Hebegurt    Hebesitz    Patientenlift    WC Sitz    Krankenbett    Altersgerechtes Badezimmer  
 Urinflasche    Windeln    Einlagen    Hausnotruf    Rollator    Rollstuhl    Sonstige

Erläuterung:.....

### Kommunikationsfähigkeit:

- vollständig erhalten  
 Eingeschränkt bezüglich:    Sehen    Hören    Sprechen    Verstehen

Erläuterung:.....

### Orientierung:

- Vollständig erhalten    Demenz  
 Eingeschränkt bezüglich    Ort    Zeit    Person

Erläuterung:.....

### Beschreiben Sie bitte in wenigen Wörtern den Charakter des zu Betreuenden:

Erläuterung:.....