

Fragebogen zur Hilfs- und Pflegesituation

TrautesHeim24 - Theiss

Tel. 0641 – 969 83 700

Vermittlung von 24 Std.-Pflege-Hilfskräften und 24 Std.-Haushaltshilfen
August-Bramm-Weg 9 · 35396 Gießen · Email: care@trautesheim24.de

Dienstleistungs- Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> Entsendemodell , bei einer PL Agentur in PL Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständig mit Gewerbeanmeldung <input type="checkbox"/> Angestellte, oder Midi- oder Mini-Job im Pflege-Haushalt als Arbeitgeber	Gewünschter Anreisettermin:	Max. Vergütung:	
---	--------------------------------	-----------------	--

► **Bevorzugt wird eine Hilfskraft mit folgenden Merkmalen:**

- ruhig/geduldig aufgeweckt und fordernd herzlich/einfühlsam organisiert

A) Ansprechpartner/in

Name	Tel.-Mobiltelefon
Vorname	Email oder Fax
Straße – Nr.	Beruf
PLZ - Wohnort	Verhältnis zu Leistungsempfänger/in

B) Hilfsbedürftige Person/en

H O NR F PL

B1) <input type="checkbox"/> Erste hilfsbedürftige Person (siehe Anlage 1)		B2) Zweite Person, mit im Haushalt lebend. <input type="checkbox"/> Nur Ehe-Partner/in, nicht hilfsbedürftig. PG: _____	
Name	Jahrgang	Name (2. Person)	Jahrgang
Vorname		Vorname (2. Person)	
Beruf/bzw. früh. Beruf		Beruf/bzw. früh. Beruf (2. Person)	

► **Hilfsbedürftiger Haushalt - Adresse und Kontaktdaten:**

Straße - Nr.	PLZ - Wohnort
Tel./Mobiltel. im hilfsbedürftigen Haushalt (für Notfälle)	Email/Fax - im hilfsbedürft. Haushalt (nicht zwingend)

C) Vertragspartner/in · identisch mit A B1 B2

Name	Telefon/Mobiltelefon
Vorname	Email oder Fax
Straße – Nr.	PLZ - Wohnort

D) Hilfsbedürftige Person, ausführliche Angaben:

Derzeitiger Pflegegrad:				
Nur VORNAME				Nächste Großstadt
Geb.-Datum	derz. Alter	Größe	Gewicht	Beruf/früh. Beruf
		_____ cm	_____ kg	

D1) Krankheiten - Diagnosen

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/>	Druckgeschwür	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Asthma		<input type="checkbox"/>	Krebs, wo?	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Osteoporose		<input type="checkbox"/>	Lähmung	<input type="checkbox"/> Teil <input type="checkbox"/> Querschnitt
<input type="checkbox"/>	MS		<input type="checkbox"/>	→ Bemerk.:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislaufkrankung		<input type="checkbox"/>	Demenz	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	→ Bemerk.:		<input type="checkbox"/>	Alzheimer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, wann?		<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, wann?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ansteckende Krankheiten?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

D2) Geistiger Zustand – Kommunikation + Orientierung

<input type="checkbox"/>	ist geistig klar	<input type="checkbox"/> dem Alter entsprechend	<input type="checkbox"/>	normale Unterhaltung möglich	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ist vergesslich		<input type="checkbox"/>	Unterhaltung bedingt möglich	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ist verwirrt	<input type="checkbox"/> geistesgestört	<input type="checkbox"/>	ist sehr ruhig – spricht wenig	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ist dement	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/>	hat Sprachbehinderung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	leidet an Alzheimer		<input type="checkbox"/>	Schwerhörig	<input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> taub <input type="checkbox"/> laut sprechen
<input type="checkbox"/>	ist nette - liebenswerte Person		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ist normale Person	<input type="checkbox"/> manchmal launisch	<input type="checkbox"/>	hat gute Orientierung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ist bestimm. Person	<input type="checkbox"/> mit starkem Willen	<input type="checkbox"/>	hat Probleme mit Tag und Zeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ist schwierige Person	<input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/>	hat Probleme mit Ort	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ist oft apathisch	<input type="checkbox"/> abwesend	<input type="checkbox"/>	hat Probleme mit erkennen von Personen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ist depressiv	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/>	ist sehbehindert	<input type="checkbox"/> blind, Prozent: _____
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

D3) Mobilität – Bewegung

<input type="checkbox"/>	kann alleine aufstehen	
<input type="checkbox"/>	kann mit Hilfe aufstehen	<input type="checkbox"/> mit leichter Hilfe <input type="checkbox"/> Kraftanstrengung erforderlich <input type="checkbox"/> mit Lift
<input type="checkbox"/>	→ Hebelift	<input type="checkbox"/> wird nicht benötigt <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	kann alleine gehen	<input type="checkbox"/> auch im Außenbereich
<input type="checkbox"/>	kann mit Hilfe gehen	<input type="checkbox"/> mit leichter Hilfe durch Hilfskraft <input type="checkbox"/> mit Stock <input type="checkbox"/> mit Rollator
<input type="checkbox"/>	kann nicht gehen	<input type="checkbox"/> nur wenige Schritte <input type="checkbox"/> benutzt Rollstuhl → <input type="checkbox"/> innen → <input type="checkbox"/> außen
<input type="checkbox"/>	liegt nur im Bett	<input type="checkbox"/> und sitzt im Rollstuhl
<input type="checkbox"/>	→ Transfer Bett/Rollstuhl/Bett erforderlich	<input type="checkbox"/> auch auf Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> gesamt ____ x tgl.
<input type="checkbox"/>	kann beim Transfer Bett/Rollstuhl/Toilettenstuhl nicht helfen	
<input type="checkbox"/>	ist bettlägerig und komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> muss tgl. ca. ____ x gelagert werden
<input type="checkbox"/>	→ In der gesamten Betreuung sind Hebeleistungen, mit Kraftanstrengung der Hilfskraft,	
<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/> nicht erforderlich	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

D4) An- und auskleiden

<input type="checkbox"/>	kann sich alleine An- und Auskleiden
<input type="checkbox"/>	benötigt Hilfe, kann aber mit helfen
<input type="checkbox"/>	ist komplett hilfsbedürftig, kann nicht helfen
<input type="checkbox"/>	Stützstrümpfe an- und ausziehen
<input type="checkbox"/>	liegt nur im Bett <input type="checkbox"/> nur Nachtwäsche
<input type="checkbox"/>	liegt im Bett u. sitzt im Rollstuhl
<input type="checkbox"/>	➔ <input type="checkbox"/> ankleiden <input type="checkbox"/> umkleiden
<input type="checkbox"/>	

D5) Körperpflege

<input type="checkbox"/>	kann sich alleine waschen <input type="checkbox"/> und duschen
<input type="checkbox"/>	benötigt Hilfe beim <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Duschen
<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> kann nicht helfen
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	waschen? täglich: _____ x, wtl.: _____ x
<input type="checkbox"/>	duschen? täglich: _____ x, wtl.: _____ x
<input type="checkbox"/>	Wer hilft ggf.?
<input type="checkbox"/>	Haarpflege <input type="checkbox"/> Haut eincremen

D6) Toilettengang

<input type="checkbox"/>	kann selbstständig zur Toilette gehen
<input type="checkbox"/>	benötigt Hilfe
<input type="checkbox"/>	gänzlich hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> kann nicht helfen
<input type="checkbox"/>	hat Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> geht alleine
<input type="checkbox"/>	hat Teil-Inkontinenz
<input type="checkbox"/>	hat Voll-Inkontinenz

<input type="checkbox"/>	trägt Einlagen/Windeln <input type="checkbox"/> wechselt selbst
<input type="checkbox"/>	macht nur in Windeln
<input type="checkbox"/>	nutzt Urinflasche (Mann) <input type="checkbox"/> Urin-Kondom
<input type="checkbox"/>	➔ muss gewechselt werden
<input type="checkbox"/>	hat künstlichen Darmausgang
<input type="checkbox"/>	Katheter <input type="checkbox"/> Dauerkatheter

D7) Ernährung

<input type="checkbox"/>	kann selbstständig essen
<input type="checkbox"/>	mundgerecht schneiden
<input type="checkbox"/>	kann mit Hilfe essen
<input type="checkbox"/>	muss gefüttert werden
<input type="checkbox"/>	Essen pürieren <input type="checkbox"/> Getränke andicken
<input type="checkbox"/>	hat Schluckprobleme <input type="checkbox"/> hat Sonde
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

D8) Schlafen

<input type="checkbox"/>	nimmt Schlafmittel
<input type="checkbox"/>	schläft von ca. _____ bis ca. _____ Uhr
<input type="checkbox"/>	sporadische Störungen, Anzahl wtl.: _____
<input type="checkbox"/>	permanente nächtl. Störungen, Anzahl _____
<input type="checkbox"/>	Schlaf-Wach-Rhythmus gestört
<input type="checkbox"/>	permanente Überwachung <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Tag
<input type="checkbox"/>	permanente Kameraüberwachung
<input type="checkbox"/>	nutzt <input type="checkbox"/> Babyphone <input type="checkbox"/> Klingel

Bemerkung dazu: _____

E) Aktuelle Art der Hilfe / Pflege

1. Seit wann in Hilfs-/Pflege-Situation? _____
2. Wer betreut zurzeit? Familie Hilfskraft, Nation.: _____, Kosten? _____
3. Hilfsbedürftige Person ist zurzeit, bzw. ist bis _____ im KH in Reha
4. Bisher kommt Pflegedienst/Sozialstation, _____ x täglich für _____
 Grundpflege Medikamente/mediz. Leistung Stützstrü. anziehen _____
5. Kommt Pflegedienst/Sozialstation künftig weiterhin? Nein
 Ja, 1 x/Tag Ja, 2 x/Tag Ja, _____ x/Tag Ja, wtl. _____ x

Bemerkung dazu: _____

F) Weitere nennenswerte Aufgaben in der Betreuung / Pflege:

G) Vorlieben der zu betreuenden Person

- Spaziergänge Garten Literatur Musik Spiele Fernsehen

H) Was ist im Haushalt zu tun? Übliche Aufgaben einer Hilfskraft!

Haushaltsführung des hilfsbedürftigen Haushaltes.

- Kochen darf mitkochen Spezielle Küche? Nein Ja, _____
 Wäsche waschen, ___ x/Woche Bügeln putzen Blumen gießen (Wohn./Terrasse)
 einkaufen gehen kann mit einkaufen gehen

Hinweis:

Fenster putzen, Gartenarbeit und übrige oben nicht genannte Arbeiten, insbesondere auch außerhalb des hilfsbedürftigen Haushaltes, sind nicht in den üblichen Betreuungsaufgaben inkludiert und müssen mit der Hilfskraft separat verhandelt werden.

Bemerkung dazu: _____

I) Gibt es Haustiere?

- Nein Katze Hund (klein / mittel / groß) Rasse: _____

J) Weitere nennenswerte Aufgaben in der Haushaltsführung und Haushaltspflege: _____ _____ _____

K) Schildern Sie bitte den üblichen Tagesablauf der Hilfskraft, ggf. auch Besonderheiten, in dem Vordruck „Anlage 5“, um möglichen Missverständnissen vorzubeugen. (Kein MUSS!) Wir empfehlen die Schilderung vom Dienstbeginn bis zu der Uhrzeit, zu der sich die Hilfskraft in ihr Zimmer zurückziehen kann. Bitte nur in Stichworten (z.B. 1.; 2.; 3.; ...), aber möglichst mit ca. Uhrzeiten.

L) Ab wann und wie lange brauchen Sie eine Pflege-Hilfskraft?

- Ab _____ Termin wird noch bestimmt, voraussichtlich ab: _____
für 1 Monat 2 bis 3 Monate gerne länger _____
 im Wechsel mit einer bereits tätigen Kraft, Wechsel alle _____ Wo./Monate.

M) Welches Dienstverhältnis haben Sie zurzeit für die Hilfskraft?

- Keines - NEU Entsendet-Angestellt Selbstständig MiniJob Privat

Welche Nationalität hat/te Ihre bisherige Hilfskraft: ___ zu welcher Vergütung: _____

Wollen oder können Sie die Kosten steuerlich geltend machen? Ja Nein

N) Ihre Prioritäten für das Profil der Hilfskraft:

- billig mit D-Grundk. mit deutscher Sprache mit Niveau und sehr gutem deutsch
 Entsendet-Angestellt Selbstständig MiniJob /MidiJob /// Kosten maximal: _____

O) Wie ist die Wohnsituation im hilfsbedürftigen Haushalt?

- Ein-Familienhaus,** Wohnung mit _____m², mit Anzahl Zimmer: _____
 mit Terrasse mit Garten mit Hof
- Bauernhof-Haus,** Wohnung mit _____m², mit Anzahl Zimmer: _____
 mit Terrasse mit Garten mit Hof

Anlage 3 - zum Fragebogen von TrautesHeim24.de

- _____ **Fam.-Haus**, mit Anzahl Etagen _____, mit Anzahl Wohnungen _____
Wohnung in Etage: _____, Wohnung mit _____ m², mit Anz. Zimmer: _____ + Kü./Bad
 mit Terrasse mit Balkon mit Garten mit Hof

- **Wer wohnt**, außer der hilfsbedürftigen Person, mit im hilfsbedürftigen Haushalt?
 Niemand Ehefrau/-mann → auch hilfsbedürftig
 Tochter/Sohn → mit/ohne Partner/in und Kinder, Alter? _____

- Sollen auch diese Personen hauswirtschaftlich versorgt werden? Ja Nein

Wohnen Verwandte im Haus oder in der Nähe?

- Ja, _____ im Haus in der Nähe, _____ km

P) Wie wohnt die Hilfskraft?

- eigenes Zimmer (von innen abschließbar) _____ m² eigenes App. ___ Zi., _____ m²

- TV WiFi (24h) mit Bett mit Schlafcouch mit Tisch mit Schrank

- Einrichtung: einfach alt modern gehoben _____
 eigenes Bad eigene Toilette gemeinsames Bad+Toilette mit hilfsbedürftiger Person und weiteren _____ Personen.

- in gleicher Wohnetage wie hilfsbed. Person. Parterre Tiefparterre
 Obergeschoß Dachgeschoß separater Bau mit Heizung mit Ofen

Q) Das Haus befindet sich in:

- Stadt Kleinstadt Dorf /// Einwohner: _____
 Zentrum Rand Stadtteil Lebhaft ruhig
 KM _____ bis (Name der nächsten) Stadt: _____

Wie weit ist es zum nächsten Supermarkt / Laden, zu Fuß? _____

- Fahrrad vorhanden Busverbindung _____ x täglich Fahrdienst möglich

R) Wann kann sich die Hilfskraft abends zurückziehen und wann muss sie morgens den Dienst aufnehmen?

Feierabend um _____ Uhr, Dienstantritt um _____ Uhr, _____

S) Welche Pause, zum Verlassen der Wohnung, hat die Hilfskraft?

- 2 Std. täglich 2 freie halbe Tage/Wo. 1 freien Tag/Woche _____

T) Ihre Anforderungen an die Hilfskraft:

- Frau Mann egal /// Alter ab: _____ J. bis _____ J. /// Erfahrung? Nein Ja
 qualif. Pflegekraft /// Führerschein muss? Nein Ja

Darf rauchen (nur draußen)? Ja besser Nicht Nein, unbedingt Nichtraucher.

Gewünschte Deutsch-Kenntnisse: Basis (nur Wörter) kommunikativ gut sehr gut

Ort, Datum

Unterschrift – Ansprech- oder Vertragspartner/in

Im hilfsbedürftigen Haushalt vorhandene Hilfsmittel:

1. Rollator:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

2. Toilettenstuhl:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

3. Rollstuhl:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

4. Pflegebett:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

5. Rutschmatte, zum Verschieben von Patienten – im Bett:

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

6. Antidekubitus-Matratze (verhindert wundliegen):

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

7. Patienten-Lifter (hilft beim Transfer vom Bett in den Roll- u. Toilettenstuhl):

ist nicht erforderlich ist nicht vorhanden ist vorhanden/bestellt

Wichtige Fragen:

Wer bereitet ggf. die Medikamente für die/den Patienten vor?

ist nicht erforderlich Familie Pflegedienst

Medikamente werden vorbereitet von: _____

Ggf., warum ist Patient Liege-Patient?

ist nicht Liege-Patient nach Schlaganfall wegen Krebserkrankung

Aus folgendem Grund: _____

Kommt ggf. der Pflegedienst weiterhin, parallel zur 24 Std.-Kraft?

es kommt kein Pflegedienst

Ja, für folgende Aufgaben: _____

Ergänzende Bemerkungen:

Ggf. Tagesablauf

im hilfs- und pflegebedürftigen Haushalt. Was ist zu tun, bitte mit Uhrzeit-Angabe?

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:
