

1. KONTAKTPERSON

Anrede:* Herr Frau Straße, Nr.: _____
Vorname:* _____ PLZ: _____ Ort: _____
Nachname:* _____ Land: _____
Telefon:* _____ Handy: _____
E-Mail:* _____ Fax: _____

2. ANFORDERUNGEN AN DEN/DIE BETREUER(IN)

Geschlecht:* weiblich männlich egal
Deutschkenntnisse:* keine Stufe C Stufe B Stufe A Stufe A+
Verstehen einfacher Begriffe, Non-Verbale-Kommunikation Verstehen und Sprechen von einfachen Sätzen in bekannten Situationen versteht klare Sprache, einfache Unterhaltung möglich Verstehen und Sprechen ohne wesentliche Einschränkungen
Raucher(in):* keine rauchende Person egal nur draußen möglich ja
Alter:* bis 30 ab 30 ab 40 ab 50 egal
Führerschein und Fahrpraxis:* nicht benötigt gern gesehen sehr wichtig
Fahrzeug vorhanden:* nein mit Automatikgetriebe mit Schaltgetriebe
Welche Charakterzüge des/der Betreuers/Betreuerin würden am besten zur betreuten Person passen:*
(Mehrfachauswahl)
 fröhlich freundlich geduldig
 humorvoll unkompliziert kräftig
 mitfühlend durchsetzungsfähig erfahren
 ruhig naturverbunden mütterlich
 energisch zurückhaltend liebevoll
 gesprächig eigenverantwortlich

3. TÄTIGKEITEN IM HAUSHALT

Einkaufen:* nicht nötig teilweise komplett
Kochen:* nicht nötig Unterstützung komplett
Reinigung der Wohnung:* nicht nötig teilweise komplett
Wäsche:* nicht nötig teilweise komplett
Botengänge:* nicht nötig teilweise komplett
Versorgung von Pflanzen:* nicht nötig teilweise komplett
Versorgung von Tieren:* nicht nötig teilweise komplett

Weitere Wünsche:

Wieviele Personen sollen betreut werden?* eine zwei

4. ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON 1

Anrede:* Herr Frau

Vorname:* _____

Alter (Jahre):* _____ Größe (cm):* _____ Gewicht (kg):* _____

Krankheiten und Einschränkungen:*

Es liegt eine ansteckende Krankheit vor:* nein ja welche: _____

Es liegt eine Patientenverfügung vor:* unklar nein ja

Pflegegrad:* wird beantragt keine
 1 2 3 4 5

An - und Auskleiden:* selbstständig mit etwas Hilfe nur mit Hilfe unklar
 muss komplett an- und ausgezogen werden
andere: _____

Hygiene:* wäscht sich gern wäscht sich ungern (krankheitsbedingt)

Morgen- und Abendtoilette:* unklar selbstständig muss überwacht werden mit etwas Hilfe
 muss Betreuer(in) vollständig übernehmen übernimmt Pflegedienst
 Körperpflege im Bett andere: _____

Baden/Duschen:* unklar selbstständig mit Überwachung braucht Hilfe
 muss Betreuer(in) übernehmen übernimmt Pflegedienst
 Körperpflege im Bett andere: _____

Allgemeine Mobilität (Fortbewegung):*
 ohne Störungen
 begrenzt durch: Altersschwäche Knieprobleme Wirbelsäulenprobleme
 unsicherer Gang Oberschenkelhalsprobleme Übergewicht
 halbseitige Lähmung Demenzfolgen Erschöpfung
 Querschnittslähmung Arthrose Parkinsonsteifheit
 Muskelschwund Osteoporosefolgen unklar
 Beinamputation andere: _____

Aufstehen und Hinsetzen:* mit etwas Hilfe (Hand reichen u.a.) benötigt Hilfe, hat aber eigene Kräfte
 selbstständig steht nicht mehr selbstständig, muss gehoben/gestützt werden
 bettlägerig unklar andere: _____

Hilfsmittel:*
(Mehrfachauswahl) Treppenlift Aufstehhilfe Rollstuhl mit Motor
 Pflegebett Rollator sind noch nicht organisiert
 Haltegriffe im Bad Gehbock Toilettenstuhl
 verstellbarer Sessel Rollstuhl ohne Motor Hebelifter (mit Tragetuch)
 Toilettensitzerhöhung andere: _____

Erhebungsbogen

Seite 3 von 10



Blasenentleerung:*(
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen
- Einlagen zur Sicherheit Windeln zur Sicherheit
- volle Blaseninkontinenz und Windeln
- Katheter vorübergehend auf Katheter angewiesen
- Urinkondom Dialysepatient
- selbständiger Toilettengang wegen Demenz nicht möglich
- Urinflasche / Bettpfanne notwendig

andere: _____

Darmentleerung:*(
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen
- Hilfe beim Saubermachen Windeln zur Sicherheit
- volle Darminkontinenz und Windeln Darmstomapatient
- chronische Verstopfung chronischer Durchfall
- Schmutztendenz wegen Demenz Bettpfanne notwendig

andere: _____

Nachhilfe:*

- schläft die ganze Nacht durch schläft in der Regel die ganze Nacht durch
- wacht auf aber braucht keine Hilfe wacht wegen Angstzuständen auf
- braucht Hilfe wegen Toilettengang - Toilettenstuhl
- man muss Umlagern/Windel wechseln Tag- Nachtrhythmus nicht vorhanden
- unklar andere: _____

Wie oft muss man zwischen 22-6
Uhr geschätzt Hilfe leisten:*

- 1-2 Mal 2-3 Mal öfter als 3 Mal unklar bisher nicht

andere: _____

Überwachungssysteme:*(
(Mehrfachauswahl)

- Babyfon Hausnotruf Kamera Bewegungsmelder keine

andere: _____

Wurde ein Pflegedienst beauftragt -
für welche Tätigkeiten und wie
häufig:*

- _____
- nein ja

Soll Pflegedienst weiter kommen:*(
Wenn ja, für welche Aufgaben:

Ansprechpartner Pflegedienst:

Erhebungsbogen

Seite 4 von 10



Ernährung:*

(Mehrfachauswahl)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> isst selbstständig | <input type="checkbox"/> Essen muss klein geschnitten werden |
| <input type="checkbox"/> muss gefüttert werden | <input type="checkbox"/> Essen muss püriert werden |
| <input type="checkbox"/> Magensondenernährung | <input type="checkbox"/> Porternahrung |
| <input type="checkbox"/> Schluckprobleme | <input type="checkbox"/> Getränkeaufnahme überwachen |
| <input type="checkbox"/> unklar | andere: _____ |

Diät - Ernährungsgewohnheiten:*

Sehen:*

- ganz gut ohne Sehhilfe schlecht sieht wenig Blindheit

Sprechen:*

(Mehrfachauswahl)

- ohne Störungen spricht mit Dialekt spricht undeutlich
 Aphasie begrenztes Sprechvermögen wegen Demenz

Hören:*

- ganz gut ohne Hörgerät sehr schlecht
 man muss laut und deutlich sprechen fast taub taub
 wegen Demenz schwierig zu beurteilen

Verständigungsmöglichkeit:*

- ganz gut manchmal gestört, je nach Tagesform
 leichte Verwirrung starke Verwirrung
 eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis
 wegen Demenz aggressiv fast keine wegen tiefer Demenz

andere: _____

Charaktereigenschaften:*

(Mehrfachauswahl)

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> lieb | <input type="checkbox"/> aktiv |
| <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> misstrauisch | <input type="checkbox"/> gesprächig | <input type="checkbox"/> ängstlich |
| <input type="checkbox"/> Kontrolltyp | <input type="checkbox"/> friedfertig | <input type="checkbox"/> distanziert | <input type="checkbox"/> leicht erregbar |

andere: _____

Lieblingsbeschäftigungen:*

(Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Garten | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Fernsehen |
| <input type="checkbox"/> selbst lesen | <input type="checkbox"/> Haustiere | <input type="checkbox"/> singen |
| <input type="checkbox"/> Musik spielen | <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Kochen |
| <input type="checkbox"/> Ordnung halten | <input type="checkbox"/> stricken | <input type="checkbox"/> Unterhaltungen |
| <input type="checkbox"/> Spaziergänge | <input type="checkbox"/> telefonieren | <input type="checkbox"/> Ausgehen (Cafe - Restaurant) |
| <input type="checkbox"/> Familie oder Freunde besuchen - empfangen | <input type="checkbox"/> in die Kirche gehen | |

andere: _____

4. ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON 2

Anrede:* Herr Frau

Vorname:* _____

Alter (Jahre):* _____ Größe (cm):* _____ Gewicht (kg):* _____

Krankheiten und Einschränkungen:*

Es liegt eine ansteckende Krankheit vor:* nein ja welche: _____

Es liegt eine Patientenverfügung vor:* unklar nein ja

Pflegegrad:* wird beantragt keine
 1 2 3 4 5

An - und Auskleiden:* selbstständig mit etwas Hilfe nur mit Hilfe unklar
 muss komplett an- und ausgezogen werden
andere: _____

Hygiene:* wäscht sich gern wäscht sich ungern (krankheitsbedingt)

Morgen- und Abendtoilette:* unklar selbstständig muss überwacht werden mit etwas Hilfe
 muss Betreuer(in) vollständig übernehmen übernimmt Pflegedienst
 Körperpflege im Bett andere: _____

Baden/Duschen:* unklar selbstständig mit Überwachung braucht Hilfe
 muss Betreuer(in) übernehmen übernimmt Pflegedienst
 Körperpflege im Bett andere: _____

Allgemeine Mobilität (Fortbewegung):*

- ohne Störungen
- begrenzt durch:

<input type="checkbox"/> Altersschwäche	<input type="checkbox"/> Knieprobleme	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenprobleme
<input type="checkbox"/> unsicherer Gang	<input type="checkbox"/> Oberschenkelhalsprobleme	<input type="checkbox"/> Übergewicht
<input type="checkbox"/> halbseitige Lähmung	<input type="checkbox"/> Demenzfolgen	<input type="checkbox"/> Erschöpfung
<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Parkinsonsteifheit
<input type="checkbox"/> Muskelschwund	<input type="checkbox"/> Osteoporosefolgen	<input type="checkbox"/> unklar
<input type="checkbox"/> Beinamputation	andere: _____	

Aufstehen und Hinsetzen:* mit etwas Hilfe (Hand reichen u.a.) benötigt Hilfe, hat aber eigene Kräfte
 selbstständig steht nicht mehr selbstständig, muss gehoben/gestützt werden
 bettlägerig unklar andere: _____

Hilfsmittel:*(Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe | <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Motor |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> sind noch nicht organisiert |
| <input type="checkbox"/> Haltegriffe im Bad | <input type="checkbox"/> Gehbock | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> verstellbarer Sessel | <input type="checkbox"/> Rollstuhl ohne Motor | <input type="checkbox"/> Hebelifter (mit Tragetuch) |
| <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | andere: _____ | |

Erhebungsbogen

Seite 6 von 10



Blasenentleerung:*(
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen
- Einlagen zur Sicherheit Windeln zur Sicherheit
- volle Blaseninkontinenz und Windeln
- Katheter vorübergehend auf Katheter angewiesen
- Urinkondom Dialysepatient
- selbständiger Toilettengang wegen Demenz nicht möglich
- Urinflasche / Bettpfanne notwendig

andere: _____

Darmentleerung:*(
(Mehrfachauswahl)

- unklar selbstständig muss erinnert werden
- Hilfe beim Aus- und Anziehen auf der Toilette
- Hilfe beim Setzen und Aufstehen
- Hilfe beim Saubermachen Windeln zur Sicherheit
- volle Darminkontinenz und Windeln Darmstomapatient
- chronische Verstopfung chronischer Durchfall
- Schmutztendenz wegen Demenz Bettpfanne notwendig

andere: _____

Nachhilfe:*

- schläft die ganze Nacht durch schläft in der Regel die ganze Nacht durch
- wacht auf aber braucht keine Hilfe wacht wegen Angstzuständen auf
- braucht Hilfe wegen Toilettengang - Toilettenstuhl
- man muss Umlagern/Windel wechseln Tag- Nachtrhythmus nicht vorhanden
- unklar andere: _____

Wie oft muss man zwischen 22-6
Uhr geschätzt Hilfe leisten:*

- 1-2 Mal 2-3 Mal öfter als 3 Mal unklar bisher nicht

andere: _____

Überwachungssysteme:*(
(Mehrfachauswahl)

- Babyfon Hausnotruf Kamera Bewegungsmelder keine

andere: _____

Wurde ein Pflegedienst beauftragt -
für welche Tätigkeiten und wie
häufig:*

Soll Pflegedienst weiter kommen:*

- nein ja

Wenn ja, für welche Aufgaben:

Ansprechpartner Pflegedienst:

Erhebungsbogen

Seite 7 von 10



Ernährung:*

(Mehrfachauswahl)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> isst selbstständig | <input type="checkbox"/> Essen muss klein geschnitten werden |
| <input type="checkbox"/> muss gefüttert werden | <input type="checkbox"/> Essen muss püriert werden |
| <input type="checkbox"/> Magensondenernährung | <input type="checkbox"/> Porternahrung |
| <input type="checkbox"/> Schluckprobleme | <input type="checkbox"/> Getränkeaufnahme überwachen |
| <input type="checkbox"/> unklar | andere: _____ |

Diät - Ernährungsgewohnheiten:*

Sehen:*

- ganz gut ohne Sehhilfe schlecht sieht wenig Blindheit

Sprechen:*

(Mehrfachauswahl)

- ohne Störungen spricht mit Dialekt spricht undeutlich
 Aphasie begrenztes Sprechvermögen wegen Demenz

Hören:*

- ganz gut ohne Hörgerät sehr schlecht
 man muss laut und deutlich sprechen fast taub taub
 wegen Demenz schwierig zu beurteilen

Verständigungsmöglichkeit:*

- ganz gut manchmal gestört, je nach Tagesform
 leichte Verwirrung starke Verwirrung
 eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis
 wegen Demenz aggressiv fast keine wegen tiefer Demenz

andere: _____

Charaktereigenschaften:*

(Mehrfachauswahl)

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> lieb | <input type="checkbox"/> aktiv |
| <input type="checkbox"/> depressiv | <input type="checkbox"/> misstrauisch | <input type="checkbox"/> gesprächig | <input type="checkbox"/> ängstlich |
| <input type="checkbox"/> Kontrolltyp | <input type="checkbox"/> friedfertig | <input type="checkbox"/> distanziert | <input type="checkbox"/> leicht erregbar |

andere: _____

Lieblingsbeschäftigungen:*

(Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Garten | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele | <input type="checkbox"/> Fernsehen |
| <input type="checkbox"/> selbst lesen | <input type="checkbox"/> Haustiere | <input type="checkbox"/> singen |
| <input type="checkbox"/> Musik spielen | <input type="checkbox"/> Musik hören | <input type="checkbox"/> Kochen |
| <input type="checkbox"/> Ordnung halten | <input type="checkbox"/> stricken | <input type="checkbox"/> Unterhaltungen |
| <input type="checkbox"/> Spaziergänge | <input type="checkbox"/> telefonieren | <input type="checkbox"/> Ausgehen (Cafe - Restaurant) |
| <input type="checkbox"/> Familie oder Freunde besuchen - empfangen | <input type="checkbox"/> in die Kirche gehen | |

andere: _____

5. WICHTIGE FRAGEN FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT

Freizeitausgleich wöchentlich:* 2x pro Woche mind. 4 Stunden 1x pro Woche mind. 8 Stunden

Täglich Mittagspause von - bis:*
(mind. 2 Stunden)

Weitere Details für Freizeitausgleich:

Unterkunft der Betreuungskraft:

Zimmer ca.:* _____ qm

Ausstattung:*

Toilette:* eigene Nutzung gemeinsame Nutzung

Bad /Dusche:* eigene Nutzung gemeinsame Nutzung

Andere Informationen zur Unterkunft:

Telefonate:* Mitbenutzung des Telefons ist möglich
 Mitbenutzung des Telefons ist nicht möglich
 unklar anders: _____

Telefon Flatrate nach Polen:* nein ja wird beantragt

Günstige Vorwahl nach Polen:

Internet:* WiFi Stick Kabel
 wird installiert keine Möglichkeit zur Installation

Hauttiere:* nein ja

Wenn ja, welche:

Fahrrad:* nein ja

6. ORGANISATORISCHE FRAGEN

Betreuungsdauer:* langfristig steht noch nicht fest andere: _____
(wie lange)

Ab wann soll die Betreuung stattfinden:* _____

Wohnen noch weitere Personen im Haushalt der betreuten Person(en), die nicht betreut werden?*

nein

ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz, um welche Person(en) es sich handelt: _____

Ansprechpartner für Betreuungskraft vor Ort:*

nein

Wenn nein, wie weit wohnen die Familienmitglieder entfernt? _____

ja

Wenn ja, wer?

Ehemann / Lebenspartner

Ehefrau / Lebenspartnerin

Sohn / Tochter alleinstehend

Sohn / Tochter mit Familie

andere: _____

Betreuungsadresse:

PLZ:* _____ Ort:* _____

Land: _____

Wohnart:* Einfamilienhaus Wohnung in Mehrfamilienhaus
 Wohnung in Wohnblock andere: _____

Garten vorhanden:* nein kleiner Wiesen- und Blumengarten nur Wiese
 Obst- und Gemüsegarten andere: _____

Einkaufsmöglichkeiten:*
(Mehrfachauswahl) Geschäfte sind gut zu Fuß zu erreichen
 Betreuer(in) kann mit dem Fahrrad fahren
 Betreuer(in) kann mit dem Auto fahren
 man fährt mit öffentlichen Verkehrsmitteln
 man fährt im Auto mit Betreuten als Fahrer
 man fährt im Auto mit Familienmitgliedern
 Einkäufe werden geliefert anders: _____

Anderes Hauspersonal: _____

Rauchen im Haus:* Nichtraucherhaushalt betreute Person raucht
 Familienmitglieder rauchen im Haus es wird nur draußen geraucht

7. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?*

durch Empfehlung von wem? _____
(Name und evtl. Gutscheincode)

Internet anders: _____

8. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG*

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch Carework Sp. z o.o. Sp. k. für die Zwecke der Erstellung eines Angebots zur Erbringung von Betreuungsleistungen für die von mir genannte/n Betreuungsperson/en zu und erkläre mich mit der Zusendung von Angeboten per Post, E-Mail und der telefonischen Beratung einverstanden.

Ich bin einverstanden, dass meine und die des Betreuungsbedürftigen personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme für ein kostenloses Beratungsgespräch und eine Angebotserstellung bei Bedarf auch an unsere lokalen und regionalen Partnerbüros (Standorte) weitergegeben und durch diese verarbeitet werden.

Ort, Datum*

X

Unterschrift (entfällt bei elektr. Bearbeitung)

Hinweis: Alle mit einem Sternchen * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.