

FRAGEBOGEN

ADRESSE / KONTAKT **BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN**

1. Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name _____

Vorname _____

Verwandtschaftsgrad _____

(zu der zu betreuenden Person)

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

2. Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

DIAGNOSEN

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinfpl. |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

ALLGEMEINE FRAGEN

- Ist die zu betreuende Person bettlägerig? ja nein
- Muss die zu betreuende Person umgelagert werden? ja nein
- Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? ja nein
- Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett? ja nein
- Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ja nein
- Ist die zu betreuende Person ein Raucher? ja nein
- Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? ja nein
- Falls „ja“, welche ansteckende Krankheit?

- Leiden andere Im Haushalt Lebenden Personen an ansteckenden Krankheiten? ja nein
- Falls „ja“, welche?

PROBLEME IN DER KOMMUNIKATION

- Sprache: keine teilweise massive Probleme
- Hörvermögen: keine teilweise massive Probleme
- Sehkraft: keine teilweise massive Probleme
- Hilfsmittel:
- Hörgerät: ja nein
- Brille: ja nein

ORIENTIERUNG

- Zeitlich: orientiert zeitweise massive Probleme
- Örtlich: orientiert zeitweise massive Probleme
- Persönlich: orientiert zeitweise massive Probleme

BEWEGUNG

- selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

TREPPENSTEIGEN

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

TRANSFER BETT / ROLLSTUHL

- selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig / kein Transfer

Lift Hilfsmittel:

BADEN / DUSCHEN

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

HILFSMITTEL

- Stock Nachtstuhl Rollator Rollstuhl
- Pflegebett Dekubitus Matratze Badewannenlift

Sonstige:

KÖRPERPFLEGE

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

URINKONTROLLE

- kontinent
 teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 inkontinent
 mir unbekannt
 Hilfsmittel:
 Windeln
 Vorlagen
 Urinflasche

 Katheter
 suprapubischer Katheter

STUHLKONTROLLE

- kontinent
 teilweise inkontinent (z.B. nachts)
 inkontinent
 mir unbekannt
 Hilfsmittel:

AN- / AUSKLEIDEN

- selbstständig
 braucht Hilfe
 komplett hilfsbedürftig
 mir unbekannt

ESSEN / TRINKEN

- selbstständig
 braucht Hilfe z. B. beim Schneiden
 komplett hilfsbedürftig
 mir unbekannt

KAU – UND SCHLUCKSTÖRUNGEN

- keine
 Störungen
 PEG Sonde
 Nahrungskarenz
 Trinkkarenz

DIÄT

keine wenn ja, welche:

EIN- / DURCHSCHLAFEN

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Bekommt der Patient Schlafmittel: ja nein

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf?

1Mal 2 - 3 Mal mehr als 3 Mal

besteht die Möglichkeit den Schlaf tagsüber nachzuholen? ja nein
(Freizeitstunden ausgenommen)

Muss die Betreuungskraft in der Nacht mithelfen? bei Bedarf, z.B 1 x Woche jede Nacht

Bitte beschreiben Sie kurz, was getan werden muss. (z.B.: Begleitung zum Bad, etwas zum Trinken holen etc.)

AKTUELLE THERAPIEN

keine Krankengymnastik Logopädie

sonstige:.....

WIE IST DER PATIENT VON WESEN UND CHARAKTER?

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie den Patienten beschreiben / einschätzen würden:

<input type="checkbox"/> fröhlich	<input type="checkbox"/> humorvoll	<input type="checkbox"/> bestimmend	<input type="checkbox"/> unzufrieden
<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> friedlich	<input type="checkbox"/> teilweise verwirrt	<input type="checkbox"/> aggressiv
<input type="checkbox"/> lieb	<input type="checkbox"/> gutmütig	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> launisch
<input type="checkbox"/> kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> sehr gefasst	<input type="checkbox"/> eigensinnig	<input type="checkbox"/> depressiv
<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> dominant	<input type="checkbox"/> starrsinnig	<input type="checkbox"/> eher zurückgezogen
<input type="checkbox"/> charmant	<input type="checkbox"/> umgänglich	<input type="checkbox"/> lustlos	<input type="checkbox"/> bleibt gerne allein
<input type="checkbox"/> sehr dankbar	<input type="checkbox"/> verständnisvoll	<input type="checkbox"/> nicht ansprechbar	(schätzt seine Privatsphäre)
<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> neigt zum Alkohol	<input type="checkbox"/> etwas mürrisch	<input type="checkbox"/> legt großen Wert auf Allgemeinbildung

Sonstiges:

Welche Hobbys hat der Patient:

ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL

GESCHLECHT

- Frau Mann irrelevant

FÜHRERSCHEIN

ja wichtig, Auto ist vorhanden, kann von der Betreuerin genutzt werden und ist entsprechend versichert.

- gern gesehen nein

*Bei Übergabe eines Fahrzeugs an den Dienstleistungserbringer, werden im Falle einer etwaigen Beschädigung des Fahrzeugs oder seines Diebstahls keine Ansprüche gegenüber dem Dienstleister und dem Dienstleistungserbringer gestellt.

RAHMENBEDINGUNGEN

LAGE

- Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

WOHNSITUATION

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige:

EINKAUFSMÖGLICHKEITEN (zu Fuß)

- ca. 10 min. ca. 20 min. ca. 40 min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

AUSSTATTUNG DES ZIMMERS FÜR DEN / DIE MITARBEITER / -IN

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV
 Computer Zugang zum Internet Festnetzflatrate (z. Bsp. Telekom)

Bemerkungen:

Falls noch kein Zugang zum Internet vorhanden, ist es möglich diesen einzurichten? ja nein

Falls nein- Lösungsvorschlag:

FREIZEIT

- 3 Std. pro Tag (muss gewährleistet sein) 6 Std. alle 2 Tage
 ein freier Tag in der Woche nach Absprache

ZUSÄTZLICHE VORAUSSETZUNGEN

HAUSTIERE

- keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf nein

EINKÄUFE / KOCHEN / ESSENVORBEREITUNG

- immer ab und zu nein für wie viele Personen

Liebblingslebensmittel und -getränke:

WÄSCHE WASCHEN / BÜGELN

- immer ab und zu nein

Gibt es eine Haushaltshilfe: nein ja

wenn ja, wie oft kommt zum Einsatz:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

BEGLEITUNG BEI ARZTBESUCHEN

- immer ab und zu nein

*Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** wahrheitsgemäß und vollständig sind.*

Datum

Ort

Unterschrift

SPRACHKENNTNISSE UND TAGESSÄTZE

Entscheiden Sie selbst welche Preisgruppe Sie in Anspruch nehmen möchten.

PREISLISTE

- B2 - gut bis sehr gut
84- 89 €/ Tag
- B1 - befriedigend
ab 80 €/Tag
- A2 - ausreichend
ab 73 €/Tag
- A1 - schwach
ab 68 €/Tag

Regelmäßige nächtliche Einsätze 4,00 € / Tag

Führerschein auf Wunsch 2,00 € / Tag

zweite Person im Haushalt 3,50 € / Tag

Bei einer Betreuung von 2 Personen im Haushalt erhöht sich der Tagessatz um bis zu 30 %.
Dies hängt vom Dienstleister und dem Betreuungsaufwand/ Patientenzustand ab.

Wir werden Ihnen nach der von Ihnen ausgewählten Tagessatz passende Betreuungsvorschläge zukommen lassen.

BEI DER BETREUUNG WERDEN FEIERTAGE DOPPELT BERECHNET.
DIE LISTE DER FEIERTAGE LIEGT IM VERTRAG BEI.

Die Reisekosten werden je nach Agentur gesondert berechnet.

***A1 - schwache Deutschkenntnisse**

Die Betreuungskräfte kommunizieren mit einfachen einzelnen Wörtern

***A2 - ausreichende Deutschkenntnisse**

Die Betreuungskräfte kommunizieren mit einfachen Sätzen.

***B1 - befriedigende Deutschkenntnisse**

Die Betreuungskraft versteht einfach formulierte Sätze und antwortet in einfach gehaltener Sprache.
Informationen bezüglich der zu betreuenden Person an Familienangehörige oder Ärzte weiterzugeben ist problemlos für sie.

***B2 - gute Deutschkenntnisse**

Mit einer Betreuungskraft, die über gute Deutschkenntnisse verfügt können Sie sich problemlos unterhalten. Die Damen oder Herren verfügen über einen großen Wortschatz, können sich spontan und fließend verständigen.

Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Tagesstruktur

Wenn eine strikte Tagesplanung erforderlich ist (z. Bsp. Krankengymnastik, REHA Maßnahmen, Dialyse o.ä.)

MORGENS:

wecken um Uhr ausschlafen lassen

BADEN / DUSCHEN:

1 x pro Woche 2 x pro Woche 3 x pro Woche 4 x pro Woche
 5 x pro Woche 6 x pro Woche 7 x pro Woche

WICHTIGES FÜR DIE TAGESPLANUNG:

Pflegedienst um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Krankengymnastik um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

REHA Maßnahmen um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Dialyse um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Friseursalon besuche um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Manicure /Pedicure um Uhr Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

Sonstiges: um Uhr

Mo, Di, Mi, Do, Fr, Sa, So

HAT DER PATIENT FESTE ZEITEN ZU DENEN ER ZU BETT GEHT?

ja Täglich um Uhr

nein, Tagesform abhängig

bleibt abends gerne länger wach (braucht zu dieser Zeit nicht unbedingt Betreuung)

Datenschutzerklärung / Einverständniserklärung

Hiermit willige ich die Erhebung, Verarbeitung der von mir oben angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch **Kolba-med-Agentur** zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein.

.....
Kunde bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Eine Datenerhebung sowie Datenverarbeitung ist nur gestattet, wenn Sie den Betreuungsfragebogen ausdrucken und die Datenschutzerklärung unterzeichnen. Fehlt Ihre Unterschrift, darf Kolba-med-Agentur Ihre Daten nicht an den Kooperationspartner weiterleiten; ihre Daten werden gelöscht. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Einverständnis zu Marketingzwecken

Meine personenbezogenen Daten werden an Kooperationspartner weitergeleitet und dazu verwendet, mich per E-Mail oder telefonisch zu Zwecken des Direktmarketings zu kontaktieren (nach Art. 172 des Gesetzes zum Telekommunikationsrecht vom 16. Juli 2004, umgesetzt aufgrund der Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutzrichtlinie).

Ich bin damit einverstanden.

Ich bin damit nicht einverstanden.

.....
Kunde bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben jederzeit Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können diese jederzeit ändern und löschen lassen.

Der Verwalter Ihrer Personendaten ist **unser Kooperationspartner**. Die Daten werden zum Zweck der Betreuungsdienstleistungen verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des obengenannten Zwecks und zum Schutz Ihrer Gesundheit. Sie haben das Auskunft und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.

UMFRAGE

DIESE FRAGEN SIND AUSSCHLIEßLICH FÜR INTERNE ZWECKE UNSERES UNTERNEHMENS GEDACHT.
WIR WÜRDEN SIE BITTEN SICH KURZ DIE ZEIT ZU NEHMEN UND DIESE AUCH AUSZUFÜLLEN.
SIE HELFEN UNS DAMIT SEHR.

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Krankenhaus:
- Arzt:
- Ihre Freunde
- Weiterempfehlung durch:
- Zeitung:
- Medien:
 - Internet
 - Radio
 - Fernsehen
- Sonstiges:

VIELEN DANK

Familienunternehmen

Sabina Kolba
KOLBA-MED-AGENTUR
Mühlenweidweg 16
52080 Aachen

www.kolba-med.de
info@kolba-med.de

Tel.: 0241 16 30 37
Fax: 0241 16 96 63 7