

Kundenfragenbogen

Mit Hilfe diesem **Fragebogen** möchten wir die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen bestmöglich in Erfahrung bringen. Den Fragebogen können Sie uns per Post, Fax oder E-Mail zukommen lassen.

1. Daten der Hilfebedürftigen Person

Name:		Vorname:	
Straße:		Nr.	
PLZ		Ort:	
Telefon:		Handynummer:	
Staatsangehörigkeit:		Familienstand:	
Zuletzt ausgeübter Beruf:		Konfession:	

1.1 Weitere im Haushalt lebende Personen? ja nein

Wenn ja, wie viele _____

Name, Vorname: _____

Hat diese einen Pflegegrad? ja Grad: _____

nein beantragt am: _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Geburtsdatum: _____

Raucherhaushalt? ja nein



2. Ansprechpartner für die Aura Pflege 24:

- Ehepartner Schwiegersohn / -tochter
 Sohn / Tochter Sonstiges: _____

Name		Vorname	
Straße		Nr.	
PLZ		Ort	
Tel		Handynummer	
Fax		E-Mail	

- Rechnung an: Patient Ansprechpartner per E Mail
 Leistungsnachweise an: Patient Ansprechpartner per Post

Betreuer: Name, Adresse, Tel.	Generalvollmacht: Name, Adresse, Tel.
Patientenverfügung vorhanden? Wo hinterlegt?	Vorsorgevollmacht: Name, Adresse, Tel. Alleinvertretungsberechtigt? Ja/Nein
Hausarzt:	Adresse Tel.
Weitere Ärzte:	Adresse Tel.
Krankenkasse: Versicherungsnummer:	Anschrift:
Pflegekasse: Versicherungsnummer:	Anschrift:

3. Wann soll die hauswirtschaftliche Familienbetreuung beginnen:



Wunschdatum: _____

4. Pflegestufe:

- keine Pflegegrad
- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

Pflegegrad beantragt seit? _____
Höherstufung beantragt am? _____

5. Weitere Infos, zur Hilfebedürftigen Person:

Geburtsdatum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

6. Erkrankungen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz <ul style="list-style-type: none">• leicht• mittel• schwer | <input type="checkbox"/> z. n. Schlaganfall | <input type="checkbox"/> z. n. Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Blindheit |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Dekubitus/ Wundliegen | <input type="checkbox"/> Sprachstörung |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz Harn | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Sturzgefahr |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz Stuhl | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug |
| <input type="checkbox"/> Anus praeter | <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Angstzustände/Panikattaken |
| <input type="checkbox"/> Kontrakturen/
Gelenkssteifheit | <input type="checkbox"/> Uro-Stoma | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> chronische Wunden | <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen |
| | <input type="checkbox"/> Versteifung der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Hebeschwäche |
| | <input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges |



6.1. Vorhandene Hilfsmittel:

- Stock Rollator Rollstuhl Defibrillator
 Pflegebett Lift z. Mobilisation Toilettenstuhl Hörgerät
 Hebe sitz Treppenlifter Inko. Material Brille
 Herzschrittmacher Stents Kompressionsstrümpfe
 Sonstige:

6.2. Kommunikation

- | | | | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sprache | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Einschränkungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hörvermögen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Hörgerät | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sehkraft | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | Brille | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

6.3.

Hilfe erforderlich bei:	ja	nein	Was kann noch selbständig durchgeführt werden?
Darm- und Blasenentleerung			
Wasserlassen:			
Stuhlgang:			
Richten der Kleidung:			
Wechsel der Pants/ Klebewindel:			
Wechsel der Vorlagen:			
Entleeren des Urinbeutels:			
Entleeren des Stomabeutels:			
Ernährung			
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung:			
Schluckstörungen:			
Nahrungsaufnahme:			
Diät:			
Diabetiker:			
Veganer:			
Vegetarier:			
Mobilität			
Bettlägerig:			
Umlagen/Lagen:			



Aufstehen/Zubettgehen:			
Transfer Bett <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/>			
An-Entkleiden:			
Gehen/Bewegen im Haus			
Gehen/Bewegen außer Haus			

6.4. Schlafen:

Tag-/ Nachtrhythmus gestört ja nein
 Durchschlafprobleme ja nein
 Geregelte Schlafzeiten ja nein

7. Hilfestellung:

- bei der Körperpflege
- bei Mahlzeiten

8. Erfolgt zurzeit Versorgung durch Pflegedienst? ja nein

8.1. Name, Anschrift des PD? _____

8.2. Welche Tätigkeiten? _____

8.3. Wie oft? _____

8.4. Soll der Pflegedienst weiterhin
in Anspruch genommen werden? _____

8.5. Gab es bereits eine Versorgung durch einen 24H hauswirtschaftliche
Familienbetreuung, wenn Ja, wie viele? _____

9. Angaben zum Wohnumfeld:

➤ 9.1. Wohnsituation

- Haus Wohnung (gesamt ca. qm _____)
- mit Garten mit Balkon



➤ **9.2. Leben Tiere in Haushalt?**

- Nein Ja, Welche? _____

➤ **9.3. Lage der Wohnung:**

- Innenstadt Wohngebiet (ruhige Lage) Dorf (ländlich)

➤ **9.4. Einkaufsmöglichkeiten:**

- < 10 Min 10-20 Min 20-30 Min > 30 Min
 wird von Dritten (Familie/Bekannte) übernommen

➤ **9.5. Ist ein Internetzugang vorhanden, der durch die hauswirtschaftliche Familienbetreuung mitgenutzt werden darf?**

- Nein Ja

10. Haushaltstätigkeiten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wäsche waschen | <input type="checkbox"/> Betten beziehen |
| <input type="checkbox"/> Wäsche bügeln | <input type="checkbox"/> Bad/ Bäder reinigen |
| <input type="checkbox"/> Staubsaugen / Bodenwischen | <input type="checkbox"/> Besorgungen/ Botengänge |
| <input type="checkbox"/> Fenster reinigen | <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Oberflächen entstauben | <input type="checkbox"/> Richten von Mahlzeiten |



11. Freier Tag der hauswirtschaftliche Familienbetreuung:

Vertretung durch: _____

11.1 Pause der hauswirtschaftliche Familienbetreuung:

Vertretung durch: _____

12. Soll meine hauswirtschaftliche Familienbetreuung:

Weibliche ja nein

Männliche ja nein

12.1 Weitere Anforderungen an die hauswirtschaftliche Familienbetreuung:



