

## **Selbstauskunft zur Beurteilung Ihrer Betreuungssituation**

### **1. Angaben zu Ihrer Person/ Ansprechpartner (Angehöriger oder gesetzlicher Betreuer)**

#### **Personenbezogene Daten:**

Familienname:

.....

Vorname:

.....

#### **Anschrift.:**

Straße/Hausnummer:

.....

PLZ, Wohnort:

.....

#### **Erreichbarkeit/Kontaktaufnahme:**

Telefon (privat):

.....

Telefon (geschäftl.):

.....

Mobil/Handy (privat):

.....

Mobil/Handy (geschäftl.):

.....

Fax-Nr.:

.....

E-Mail:

.....

#### **Verwandtschaftsverhältnis zur Betreuungsperson:**

.....

## 2. Informationen und allgemeine Angaben zum Betreuungs- / Pflegebedürftigen

### Personenbezogene Daten:

Familiename:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Körpergewicht (in kg):

.....

Körpergröße (in cm):

.....

### **Derzeitige Pflegestufe (bitte ankreuzen):**

- derzeit keine Pflegestufe
- 0  1  2  3  3 Demenz  Härtefall
- nächsthöhere Pflegestufe beantragt

### **Anschrift.:**

Straße/Hausnummer:

.....

PLZ, Wohnort:

.....

### **Erreichbarkeit/Kontaktaufnahme:**

Telefon (privat):

.....

E-Mail:

.....

.....

## ☞ Anamnesebogen

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

**Ja**

**Nein**

1. Lebt die Person alleine im Haushalt?

2. Wie ist die Mobilität des zu Betreuenden zu definieren?

mobil  eingeschränkt  bettlägerig

3. Wird ein Pflegedienst in Anspruch genommen?

Falls ja, welche Dienste werden in Anspruch genommen?

.....

4. Wie ist der körperliche Zustand zu bewerten?

gut  leidlich  schlecht  sehr schlecht

5. Wie ist der geistige Zustand zu bewerten?

klar  Teilnahmslosigkeit  verwirrt (Denk Störung)  Bewusstseinsstörung

6. Neigt der Patient zu Orientierungsproblemen?

7. Wie ist das Sprachvermögen einzustufen?

ungestört  eingeschränkt  stumm

8. Wie ist das Sehvermögen einzustufen?

ungestört  eingeschränkt  blind

9. Wie ist das Hörvermögen einzustufen?

ungestört  eingeschränkt  taub

10. Welche Hilfsmittel werden zwingend benötigt?

Rollator  Rollstuhl  Toilettenstuhl  Badewannenlift  Patientenlift

Sonstige Hilfsmittel: .....

11. Liegen bei dem Betroffenen entsprechende Krankheiten vor?

Wenn ja, welche:

.....

12. Tumor/Krebserkrankung?

13. Bestehen Allergien, wenn ja welche?

.....



**3. Informationen über die Aufgaben bzw. Anforderungen und Angaben zur Betreuungskraft**

1. Wofür wird die alltägliche Pflege benötigt?

- Körperhygiene
- Intimpflege
- Hilfe beim Toilettengang
- An- und Auskleiden
- Nahrungsaufnahme (Kochen)
- Trinkaufnahmen kontrollieren
- An Medikamenten/Tabletteneinnahme erinnern

Arztbesuche

Einkäufe

Sonstiges:

.....

2. Lage der Wohnung oder des Hauses?

- Großstadt zentral
- Großstadt abgelegen
- Kleinstadt
- Dorf/Gemeinde
- ländliche Lage
- Sonstiges: .....

3. Art des bewohnten Hauses?

- Einfamilienhaus
- Mehrfamilien-/ Reihenhaus
- Hochhaus
- Sonstiges:

.....

4. Erreichbarkeit der Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)?

- 10 min. ca.
- 30 min. ca.
- länger als 30 min

Sonstiges: .....

.....

5. Interessen und Wünsche der Pflegebedürftigen?

- Kochen/Backen
- Spaziergänge/Ausflüge
- Fernsehen/Musik
- Natur/Tiere

- Lesen/Literatur/Lyrik
- Gesellschaftsspiele
- Sonstiges:

6. Informationen zu den allgemeinen Haushaltstätigkeiten:

- Kochen für \_\_\_\_ Person/en
- Waschen/Bügeln
- Einkaufen
- Wohnfläche reinigen, falls ja: \_\_\_\_\_ qm
- Haustiere pflegen/füttern, wenn ja wie viele und welche Art von Tier:

.....  
 Sonstiges:

.....  
7. Sonstige Anmerkungen und Wünsche:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Wie haben Sie von uns erfahren ?:

.....

**Ort, Datum:**

**Unterschrift:**

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Korrektheit Ihrer persönlichen Angaben! Bei Falschangaben wird unsererseits keine Haftung übernommen!**