

# Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

*... einfach zu Hause sein*

## Fragebogen zur Bedarfsermittlung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Sollen zwei Personen betreut werden, bitten wir Sie, zwei Fragebögen auszufüllen.

### Kontaktperson

Name der Kontaktperson \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer im Büro \_\_\_\_\_

private Telefonnummer \_\_\_\_\_

Email-Adresse \_\_\_\_\_

### Zu betreuende Person

Name der zu betreuenden Person \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Wohnt die Person alleine?  ja  nein

Falls nein, wie viele Personen leben im Haushalt \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad zwischen der zu betreuenden und der Kontaktperson? \_\_\_\_\_

### Pflegestufe

keine  1.  2.  3.  Härtefall

Beantragt  1.  2.  3.  Härtefall

# Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

*... einfach zu Hause sein*

## Pflegedienst

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst  ja  nein

Wenn ja, soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:  ja  nein

Wie oft täglich \_\_\_\_\_

## Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

---

---

---

## Diagnosen/ Beeinträchtigungen

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma           | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Dekubitus        | <input type="checkbox"/> Demenz             |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung        | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypertonie         |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> Osteoporose      | <input type="checkbox"/> Rheuma             |
| <input type="checkbox"/> Stoma                      | <input type="checkbox"/> Inkontinenz      | <input type="checkbox"/> Alzheimer          |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                  | <input type="checkbox"/> Marcumar         | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose  |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle      | <input type="checkbox"/> Depression       | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Ödeme                      |   |   |

Ansteckende Krankheiten: \_\_\_\_\_

Tumor/ Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

Schlaganfall, Beeinträchtigungen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

# Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

*... einfach zu Hause sein*

## Kommunikation möglich?

Sprache  gut  zeitweise  gar nicht

Hörvermögen  gut  zeitweise  gar nicht

Sehkraft  gut  zeitweise  gar nicht

Hilfsmittel vorhanden?

Hörgerät  ja  nein

Brille  ja  nein

## Orientierung vorhanden?

Zeitlich  ja  zeitweise  gar nicht

Örtlich  ja  zeitweise  gar nicht

Persönlich  ja  zeitweise  gar nicht

## Bewegung

selbstständig  mit Unterstützung

überwiegend im Rollstuhl  Bettlägerig

Hilfsmittel vorhanden?

Rollstuhl  Rollator  Unterarmgehstützen

Pflegebett  Dekubitusmatratze  Lifter

Sonstiges \_\_\_\_\_

# Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

<b>Körperpflege</b>	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"/>
Eincremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich		
Hilfsmittel vorhanden?				
<input type="checkbox"/> Bad behindertengerecht	<input type="checkbox"/> Badelifter	<input type="checkbox"/> Duschhocker/-sitz		

<b>Urinkontrolle</b>		
<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel vorhanden?		
<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Urinflasche
<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> suprapubischen Katheter	<input type="checkbox"/> Bettpfanne

<b>Stuhlkontrolle</b>		
<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel vorhanden?		
<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Anus Praeter	<input type="checkbox"/> Bettpfanne

<b>An-/Auskleiden</b>		
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig





# Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

*... einfach zu Hause sein*

Wer wird Vertragspartner? \_\_\_\_\_

Wer wird Vertragsempfänger? (postalisch) \_\_\_\_\_

Wer wird Rechnungsempfänger? \_\_\_\_\_

## Zusätzliche Voraussetzungen

Haustiere  keine  ja, welche: \_\_\_\_\_

Sollen die Haustiere mitversorgt werden?  ja  nach Bedarf  nein

Kochen/ Essenvorbereitung  immer  gelegentlich  nein

Waschen  immer  gelegentlich  nein

Bügeln  immer  gelegentlich  nein

Begleitung bei Arztbesuchen  immer  gelegentlich  nein

Einkaufen  immer  gelegentlich  nein

Gartenpflege m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  immer  gelegentlich  nein

Winterdienst  immer  gelegentlich  nein

Reinigung der Wohnung  immer  gelegentlich  nein

Gibt es eine Haushaltshilfe?  ja  nein

Wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz? \_\_\_\_\_

Welche weitere Hilfen benötigt der Patient im Haushalt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Jopia 24 Stunden Seniorenbetreuung

... einfach zu Hause sein

## Anforderungen und Rahmenbedingungen an den Hausengel

- Geschlecht  weiblich  männlich  egal
- qualifizierte Fachkraft  Betreuer(in)/Hauswirtschaftskraft
- Alter  20-30 Jahre  30-40 Jahre  40-50 Jahre
- älter als 50 Jahre  egal

### Sprachkenntnisse

- Stufe 1: Gute, nicht muttersprachliche Deutschkenntnisse. Fragen werden vollständig und grammatikalisch gut verständlich beantwortet. Eine Unterhaltung am Telefon ist gut möglich.
- Stufe 2: Gute Sprachkenntnisse mit grammatikalischen Fehlern. Kommunikation ist gut möglich, auch wenn einfachere Formulierungen genutzt werden müssen. Unterhaltung am Telefon ist möglich.
- Stufe 3: Durchschnittliche Sprachkenntnisse sind vorhanden. Kommunikation mit einfachen Sätzen und Halbsätzen ist möglich. Unterhalten am Telefon ist schwierig.
- Stufe 4: Grundkenntnisse der deutschen Sprache sind vorhanden, so dass eine Kommunikation sehr langsam, eingeschränkt und stark vereinfacht möglich ist. Telefonieren ist nicht empfehlenswert.

Darf der Hausengel rauchen?  ja, draußen  nein

Nachteinsätze erforderlich?  ja  nein  wenn ja, wie oft \_\_\_\_\_

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an den Hausengel?  
(Charakter, Eigenschaften, Körperliche Belastbarkeit)

### Rahmenbedingungen

- Lage  Großstadt-zentral  Großstadt-abgelegen  Kleinstadt
- Dorf
- Wohnsituation  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung
- m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Etagen \_\_\_\_\_ Zimmer \_\_\_\_\_
- Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)  ca. 10 min.  ca. 20 min.  ca. 40 min.
- 1 Stunde  länger als 1 Stunde
- Angehörige wohnen  nicht in der Nähe  im gleichen Ort  im gleichen Haus

