



conHestia

Pflege und Geborgenheit zu Hause

## BEDARFSERMITTLUNG

Wir bitten um Rücksendung an:

office@conhestia.de

oder

conHestia GmbH  
Scheffelstr. 10  
71522 Backnang

### 1. Kontaktperson / ausgefüllt von

Frau  Herr

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Beziehung zur pflegebedürftigen Person

Ehe-/Lebenspartner  Schwester/Bruder

Tochter/Sohn  Andere \_\_\_\_\_

Vollmacht erteilt:  ja  nein

### 2. Leistungsempfänger (zu betreuende Person)

Frau  Herr

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Größe (cm)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Gewicht (kg)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### 3. Betreuungszeitraum

Betreuungsbeginn am \_\_\_\_\_

Dauer der Betreuung  unbefristet  befristet bis \_\_\_\_\_

### 4. Aktuelle Pflegesituation

4.1 Pflegegrad  keiner  beantragt

ja, folgender \_\_\_\_\_  Höherstufung beantragt

4.2 Wird Betreuung in einer Tagespflegeeinrichtung wahrgenommen?

nein  ja, \_\_\_\_\_ Tag(-e) in der Woche  wird beibehalten



4.3 Leistungen ambulanter Pflegedienste  keine  folgende

4.4 Leistungen, die beibehalten werden  keine  folgende

### 5. Angaben zum Pflegebedarf

#### 5.1 Diagnosen und Einschränkungen

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien             | <input type="checkbox"/> Dekubitus             | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer             | <input type="checkbox"/> Demenz beginnend      | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Osteoporose       |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Demenz fortgeschritt. | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz          | <input type="checkbox"/> Parkinson         |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Depression            | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung       | <input type="checkbox"/> Rheuma            |
| <input type="checkbox"/> COPD                  | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Künstliche Ernährung      | <input type="checkbox"/> Stoma             |

Tumor, nähere Angaben: \_\_\_\_\_

Schlaganfall  links  rechts

Ansteckende Krankheiten, Keime, wie z.B. MRSA  ja  nein

Raucht die zu betreuende Person?  ja  nein

Beschreibung der Allergien und ansteckenden Krankheiten; ggf. weitere Diagnosen:

#### 5.2 Essen und Trinken

- |                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| Essen           | <input type="checkbox"/> Essen muss klein geschnitten werden | <input type="checkbox"/> isst selbstständig    |
|                 | <input type="checkbox"/> Essen muss püriert werden           | <input type="checkbox"/> muss gefüttert werden |
| Trinken         | <input type="checkbox"/> selbstständig                       | <input type="checkbox"/> mit Hilfe             |
| Kauen/Schlucken | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt                     | <input type="checkbox"/> Schluckprobleme       |
| PEG Sonde       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    | Sonstiges:                                     |



### 5.3 Kommunikation

- |                         |   |  |   |
|-------------------------|---|--|---|
| Hören                   | <input type="checkbox"/> gut                | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> gehörlos           |
| Sehen                   | <input type="checkbox"/> gut                | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> erblindet          |
| Sprechen                | <input type="checkbox"/> gut                | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Aphasie            |
| Verständigung           | <input type="checkbox"/> gut                | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> keine wegen Demenz |
|                         | <input type="checkbox"/> leichte Verwirrung |  | <input type="checkbox"/> starke Verwirrung  |
| Hilfsmittel             | <input type="checkbox"/> Brille             | <input type="checkbox"/> Hörgerät      |   |
| Umgang mit Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> selbstständig      | <input type="checkbox"/> mit Hilfe     |   |

### 5.4 Orientierung

- |            |                              |  |  |
|------------|------------------------------|--|--|
| Zeitlich   | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| Örtlich    | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| Persönlich | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> desorientiert |

### 5.5 Fortbewegung / Beweglichkeit

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Fortbewegung   | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> mit Hilfe                    | <input type="checkbox"/> bettlägerig             |
| Hilfsmittel  | <input type="checkbox"/> Pflegebett     | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze            | <input type="checkbox"/> Transferlifter          |
|  | <input type="checkbox"/> Rollator/Stock | <input type="checkbox"/> Rollstuhl                    | <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Motor     |
| Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl |   |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> ja, aber macht mit           | <input type="checkbox"/> ja, vollständig         |
| Kann die zu betreuende Person sich mit dem Rollstuhl fortbewegen?              |   |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> nein           | <input type="checkbox"/> selbstständig in der Wohnung | <input checked="" type="checkbox"/> ja           |
| Treppensteigen   | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> mit Hilfe                    | <input type="checkbox"/> nicht möglich           |
| Hilfsmittel  | <input type="checkbox"/> Treppenlift    |   |  |
| Aufstehen / Hinsetzen  | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> aus eigener Kraft, mit Hilfe | <input type="checkbox"/> muss hochgehoben werden |
| Stehen   | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> steht mit Unterstützung      | <input type="checkbox"/> nicht möglich           |
| An- und Auskleiden   | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> mit Hilfe                    | <input type="checkbox"/> durch Betreuungskraft   |



### 5.6 Körperpflege

- Waschen  selbstständig  mit Überwachung  mit Hilfe  
 durch Betreuungskraft  Körperpflege im Bett
- Duschen/Baden  selbstständig  mit Hilfe  durch Betreuungskraft
- Haarpflege  selbstständig  mit Hilfe  durch Betreuungskraft
- Intimpflege  selbstständig  mit Hilfe  durch Betreuungskraft
- Rasieren  selbstständig  mit Hilfe  durch Betreuungskraft
- Mundpflege/Zahnprot.  selbstständig  mit Hilfe  durch Betreuungskraft
- Hilfsmittel  Duschstuhl  Badewannenlift

### 5.7 Inkontinenz

- Urinkontrolle  kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent
- Stuhlkontrolle  kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent
- Hilfsmittel  Katheter  Windeln/Vorlagen  Toilettenstuhl  
 Urinflasche  Urinalkondom  Toilettensitzerhöhung

### 5.8 Nachtruhe

Die zu betreuende Person schläft: von ca. \_\_\_\_\_ Uhr bis ca. \_\_\_\_\_ Uhr

Die zu betreuende Person steht in der Nacht auf:  0 Mal  1 Mal  
 2 Mal  selten

Nachteinsätze der Betreuungskraft:  0 Mal  1 Mal /Nacht  
 2-3Mal/Wo.  2-3Mal/Monat

Hilfe in der Nacht wegen  Umlagern  Toilettengang  Tag-/Nachtrhythmus gestört  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Schlafmedikation: \_\_\_\_\_



### 5.9 Gemütszustand

- |                                       |                                    |  |   |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesprächig   | <input type="checkbox"/> sensibel  | <input type="checkbox"/> lieb            | <input type="checkbox"/> ruhig          |
| <input type="checkbox"/> distanziert  | <input type="checkbox"/> aktiv     | <input type="checkbox"/> neugierig       | <input type="checkbox"/> bestimmend     |
| <input type="checkbox"/> aggressiv    | <input type="checkbox"/> apathisch | <input type="checkbox"/> kritisch        | <input type="checkbox"/> kontrollierend |
| <input type="checkbox"/> optimistisch | <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> leicht erregbar | <input type="checkbox"/> humorvoll      |
| <input type="checkbox"/> misstrauisch | Sonstiges: _____                   |  |   |

### 6. Betreuungsumfang

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Körperpflege                     | <input type="checkbox"/> Einkaufen                       |
| <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden        | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang         | <input type="checkbox"/> Essenszubereitung               |
| <input type="checkbox"/> Gehunterstützung      | <input type="checkbox"/> Baden / Duschen                  | <input type="checkbox"/> Diätverpflegung                 |
| <input type="checkbox"/> Lagerung              | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung            | <input type="checkbox"/> Essensgabe                      |
| <input type="checkbox"/> Begleitung zum Arzt   | <input type="checkbox"/> Überwachung der Medikamentengabe | <input type="checkbox"/> Besorgungen                     |
| <input type="checkbox"/> Spaziergänge          | <input type="checkbox"/> Unterhaltung                     | <input type="checkbox"/> Waschen/Bügeln                  |
| <input type="checkbox"/> Fahrten zu Terminen   | <input type="checkbox"/> Aufräumen der genutzten Räume    | <input type="checkbox"/> Hilfe vom Bett in den Rollstuhl |
| Sonstiges: _____                               |   |  |

### 7. Damit das Zusammenleben angenehm verläuft

7.1 Hilfreiche Informationen, z.B. Tagesablauf, Gewohnheiten, Ängste, Wünsche:

7.2 Zu betreuende Person – Interessen / Beschäftigungen

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hörbücher       | <input type="checkbox"/> Garten         | <input type="checkbox"/> Spaziergänge   | <input type="checkbox"/> Politik/Geschichte      |
| <input type="checkbox"/> Vorlesen lassen | <input type="checkbox"/> Zimmerpflanzen | <input type="checkbox"/> Basteln        | <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele     |
| <input type="checkbox"/> Musik hören     | <input type="checkbox"/> Backen/Kochen  | <input type="checkbox"/> Unterhaltungen | <input type="checkbox"/> Stricken                |
| <input type="checkbox"/> Musik spielen   | <input type="checkbox"/> Ordnung halten | <input type="checkbox"/> Singen         | <input type="checkbox"/> Religion – Kirchengänge |
| <input type="checkbox"/> Lesen           | Sonstiges: _____                        |   |  |

## Einwilligung in die Datenverarbeitung

Hiermit versichere ich, dass ich

**die zu betreuende Person selbst bin.** Mit Rücksendung dieses Fragebogens willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einschließlich meiner Gesundheitsdaten durch die Firma conHestia GmbH, Scheffelstr. 10, 71522 Backnang im Sinne dieses Auftrags ein. Meine persönlichen Daten einschließlich der personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meinen Gesundheitsdaten, die ich mit die-tem Formular zur Verfügung stelle, werden ausschließlich dazu genutzt, mit mir Kontakt aufzu-nehmen und der Vorbereitung und Erstellung von Dienstleistungsangeboten über häusliche Betreuungsleistungen zu meinem Nutzen.

---

Datum

Unterschrift

**nicht die zu betreuende Person selbst bin** auf die sich die personenbezogenen Daten in diesem Formular beziehen. Ich handle auf Grund der mir erteilten Vollmacht oder der mir vom Amt erteilten Vormundschaft für die betreuungsbedürftige Person. Ich versichere hiermit, dass die oben genannte betreuungsbedürftige Person für die häusliche Betreuung erbracht werden soll, weder körperlich noch rechtlich in der Lage ist, der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zuzustimmen. Die Verarbeitung dieser Daten ist jedoch zur Realisierung des Vertrages zur Bereitstellung häuslicher Betreuung lebensnotwendiges Interesse dieser Person und deshalb unumgänglich.

Hiermit erteile ich der conHestia GmbH die Erlaubnis zur Verarbeitung personenbezogener Daten der betreuungsbedürftigen Person, die ich rechtlich vertrete. Dies umfasst auch die Daten über den Gesundheitszustand der betreuungsbedürftigen Person. Die Daten dienen dem Zweck der Erstellung von Angeboten zur häuslichen Betreuung. Sie werden vertraulich behandelt und ausschließlich dazu genutzt, ein qualifiziertes Angebot über häusliche Betreuung zu erstellen und mir bis zum Widerruf potenzielle Betreuer/innen vorzuschlagen.

Hiermit erteile ich der conHestia GmbH die Erlaubnis meine personenbezogenen Daten, die im Formular unter Kontaktperson stehen, zu nutzen, um mir Angebote zur häuslichen Betreuung der von mir rechtlich vertretenen betreuungsbedürftigen Person zu unterbreiten und zum Nutzen der betreuungsbedürftigen Person umzusetzen.

---

Datum

Unterschrift

## Hinweise zum Datenschutz

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Firma conHestia GmbH, Scheffelstr. 10, 71522 Backnang. Die Daten werden ausschließlich zweckgebunden genutzt und nur anonym und geschützt zur Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen an kooperierende Partnerunternehmen weitergegeben. Diese Partnerunternehmen sind ebenfalls zur Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet. Einige Angaben sind entweder gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben oder zum Vertragsabschluss, zur Erbringung der gewünschten Dienstleistung oder dem angegebenen Zweck notwendig. Die Bekanntgabe der Daten liegt in jedem Fall in Ihrem Ermessen. Nicht vollständige Daten können allerdings zur Folge haben, dass die gewünschte Dienstleistung von uns nicht erbracht, der gewollte Zweck nicht erreicht und somit der Vertrag nicht erfüllt werden kann.

Ihre Vertragsdaten und die dazugehörigen Dokumente speichern wir für 10 Jahre (§147 Abs.3 AO), andere Geschäftskorrespondenz für 6 Jahre (§257 Abs. 4 HGB) Ihre für Werbezwecke erhobenen Daten speichern wir bis zu Ihrem Widerspruch oder dem Widerruf Ihrer Einwilligung.

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich per E-Mail an [office@conhestia.de](mailto:office@conhestia.de) oder per Brief an conHestia GmbH, Scheffelstr. 10, 71522 Backnang eingeschränkt oder widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die bis zum Widerruf aufgrund der Einwilligung erfolgt ist. Unsere ausführlichen Informationen über Datenschutz finden Sie auf unserer Website unter „Datenschutz“.