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

☐ Allergien	☐ Dekubitus	☐ Diabetes insulinpflichtig	☐ Multiple Sklerose
☐ Alzheimer	☐ Demenz beginnend	☐ Herzinfarkt	☐ Osteoporose
☐ Bluthochdruck	☐ Demenz fortgeschritt.	☐ Herzinsuffizienz	☐ Parkinson
☐ Chronische Durchfälle	☐ Depression	☐ Herzrhythmusstörung	☐ Rheuma
☐ COPD	☐ Diabetes	☐ Künstliche Ernährung	☐ 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	☐ Essen muss klein geschnitten werden	☐ isst selbstständig
	☐ Essen muss püriert werden	☐ muss gefüttert werden
Trinken	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe
Kauen/Schlucken	☐ uneingeschränkt	☐ Schluckprobleme
PEG Sonde	☐ ja ☐ nein	Sonstiges:

5.3 Kommunikation

Hören	☐ gut	☐ eingeschränkt	☐ gehörlos
Sehen	☐ gut	☐ eingeschränkt	☐ erblindet
Sprechen	☐ gut	☐ eingeschränkt	☐ Aphasie
Verständigung	☐ gut	☐ eingeschränkt	☐ keine wegen Demenz
	☐ leichte Verwirrung		☐ starke Verwirrung
Hilfsmittel	☐ Brille	☐ Hörgerät	
Umgang mit Hilfsmitteln	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	

5.4 Orientierung

Zeitlich	☐ gut	☐ eingeschränkt	☐ desorientiert
Örtlich	☐ gut	☐ eingeschränkt	☐ desorientiert
Persönlich	☐ gut	☐ eingeschränkt	☐ desorientiert

5.5 Fortbewegung / Beweglichkeit

Fortbewegung	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ bettlägerig
Hilfsmittel	☐ Pflegebett	☐ Dekubitusmatratze	☐ Transferlifter
	☐ Rollator/Stock	☐ Rollstuhl	☐ Rollstuhl mit Motor

Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl

☐ nein	☐ ja, aber macht mit	☐ ja, vollständig

Kann die zu betreuende Person sich mit dem Rollstuhl fortbewegen?

☐ nein	☐ selbständig in der Wohnung	☐ ja

Treppensteigen	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ nicht möglich
Hilfsmittel	☐ Treppenlift		
Aufstehen / Hinsetzen	☐ selbstständig	☐ aus eigener Kraft, mit Hilfe	☐ muss hochgehoben werden
Stehen	☐ selbstständig	☐ steht mit Unterstützung	☐ nicht möglich
An- und Auskleiden	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ 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 pro Nacht auf: ☐ 0 Mal ☐ 1 Mal ☐ 2 Mal

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

☐ gesprächig	☐ sensibel	☐ lieb	☐ ruhig
☐ distanziert	☐ aktiv	☐ neugierig	☐ bestimmend
☐ aggressiv	☐ apathisch	☐ kritisch	☐ kontrollierend
☐ optimistisch	☐ ängstlich	☐ leicht erregbar	☐ humorvoll
☐ misstrauisch	Sonstiges: _____		

6. Betreuungsumfang

☐ Aufstehen/Zubettgehen	☐ Körperpflege	☐ Einkaufen
☐ An-/Auskleiden	☐ Hilfe beim Toilettengang	☐ Essenszubereitung
☐ Gehunterstützung	☐ Baden / Duschen	☐ Diätverpflegung
☐ Lagerung	☐ Inkontinenzversorgung	☐ Essensgabe
☐ Begleitung zum Arzt	☐ Überwachung der Medikamentengabe	☐ Besorgungen
☐ Spaziergänge	☐ Unterhaltung	☐ Waschen/Bügeln
☐ Fahrten zu Terminen	☐ Aufräumen der genutzten Räume	☐ 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

☐ Hörbücher	☐ Garten	☐ Spaziergänge	☐ Politik/Geschichte
☐ Vorlesen lassen	☐ Zimmerpflanzen	☐ Basteln	☐ Gesellschaftsspiele
☐ Musik hören	☐ Backen/Kochen	☐ Unterhaltungen	☐ Stricken
☐ Musik spielen	☐ Ordnung halten	☐ Singen	☐ Religion – Kirchengänge
☐ Lesen	Sonstiges: _____		

8. Betreuungskraft

8.1 Profil

Geschlecht	☐ weiblich	☐ männlich	☐ irrelevant
Alter	☐ bis 40	☐ ab 40	☐ irrelevant
Rauchen	☐ Nichtraucher	☐ Rauchen draußen möglich	☐ irrelevant
Deutschkenntnisse	☐ Grundkenntnisse Versteht einzelne Worte	☐ kommunikativ Spricht einfache Sätze	☐ gut/sehr gut Unterhaltung möglich
Führerschein	☐ erforderlich	☐ gern gesehen	☐ nicht erforderlich

☐ Sonstiges: _____

8.2 Wesensart

☐ distanziert	☐ mitfühlend	☐ durchsetzungsfähig	☐ kräftig
☐ humorvoll	☐ zurückhaltend	☐ unkompliziert	☐ erfahren
☐ geduldig	☐ gesprächig	☐ energisch	☐ ruhig

9. Allgemeines Umfeld

9.1 In welchem Verhältnis lebt die zu betreuende Person

☐ allein ☐ mit (Ehe-)Partner/-in ☐ mit Angehörigen

9.2 Zweite Person im Haushalt

☐ braucht keine Betreuung, für sie muss kein Haushalt geführt werden

☐ braucht keine Betreuung, Haushaltsführung für die Person ist notwendig

☐ braucht Betreuung. Bitte separaten Bogen ausfüllen.

9.3 Mobilität

☐ Auto kann zu Betreuungszwecken von der Betreuungskraft benutzt werden

☐ Automatik ☐ Schaltgetriebe

☐ Kein Auto vorhanden

☐ Fahrrad kann zu Versorgungszwecken von der Betreuungskraft benutzt werden

9.4. Weiteres Hauspersonal: _____

9.5 Wohnsituation

☐ Großstadt ☐ Einfamilienhaus

☐ Stadt ☐ Mehrfamilienhaus

☐ Dorf ☐ Wohnung, Stock _____

☐ Aufzug vorhanden

Einkaufsmöglichkeiten

☐ zu Fuß bis 15Min

☐ zu Fuß 15-30Min

☐ mit PKW ☐ mit Bus

☐ man fährt mit Angehörigen

☐ Einkäufe werden gebracht

9.6 Haustiere

☐ keine ☐ ja, folgende _____

Sollen diese versorgt werden?

☐ ja ☐ nein

9.7 Unterkunft der Betreuungskraft

☐ eigenes abschließbares Zimmer

☐ Badmitbenutzung

☐ eigenes Bad ☐ eigenes WC

☐ Internetzugang

☐ Internet wird installiert

☐ Radio/TV

Zur Nutzung in Ihrer Freizeit steht der Betreuungskraft zur Verfügung:

☐ Garten ☐ Fahrrad

Während der Freizeit der Betreuungskraft ist die Betreuung gewährleistet durch:

☐ Familie/Bekannte ☐ Tagespflege ☐ Senior/in kann allein bleiben ☐ Sonstiges:

_____

10. Anreisemöglichkeiten

☐ mit Kleinbus: Anreise zur Adresse, variable Anreiseuhrzeiten

☐ mit Fernbus: Anreise mit Fernbus zum nächstgelegenen Fernbusbahnhof, Fahrplan mit festen Ankunftszeiten, Abholung durch die Angehörigen

☐ egal

11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

☐ Krankenhaus ☐ Presse ☐ Empfehlung durch _____

☐ Internet ☐ Arzt ☐ Sonstiges _____

conHestia
Pflege und Geborgenheit zu Hause

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-sem Formular zur Verfügung stelle, werden aus-schließlich 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 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 um-fasst 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 aus-schließlich 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

conHestia
Pflege und Geborgenheit zu Hause

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 weitergege-ben. Diese Partnerunternehmen sind ebenfalls zur Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet. Einige Anga-ben sind entweder gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben oder zum Vertragsabschluss, zur Erbrin-gung 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 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 personenbe-zogenen Daten, die bis zum Widerruf aufgrund der Einwilligung erfolgt ist.
Unsere ausführlichen Informationen über Datenschutz finden Sie auf unserer Website unter „Datenschutz“.