



Zukunft beginnt in der Vergangenheit

BEST 78 GmbH
Ernst-Abbe-Str. 25
72770 Reutlingen
☎ +49 (0) 7121-9613437
✉ kontakt@best78.de

Fragebogen

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt per Post an die o.g. Adresse oder E-Mail an uns zurück.

Sollte mehr als eine Person betreut werden, bitte auch für die 2. Person die Seiten 1 - 3 ausfüllen.

I. Allgemeine Angaben

Ansprechpartner	
Vor- und Nachname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	
Bezug zur Person	

Die zu betreuende Person	
Vor- und Nachname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Geschlecht	Weiblich Männlich
Größe und Gewicht	cm kg

II. Krankheitsbilder

Alzheimer	Demenz	Parkinson	Stoma	Geistige Behinderung	MS/ALS	Asthma
Gehbehindert	Dauerkatheter	Tumor	Inkontinenz	Bluthochdruck	Schlaganfall	Schwerhörigkeit
Diabetes	Herzkrankheit	Kreislauf Probleme	Allergien	Depression	Dekubitus	Speiseröhre Probleme



III. Mobilität

Mobil	Rollator	Rollstuhl	Bettlägerig
-------	----------	-----------	-------------

Sonstige Angaben:

IV. Pflegegrad

kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
-----------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Wurde ein Pflegegrad beantragt? ja nein

Kommt ein ambulanter Pflegedienst? ja nein.

Falls ja: zur Grundpflege oder zur Behandlungspflege

V. Kommunikation

Sprechen uneingeschränkt mäßig eingeschränkt	Hören uneingeschränkt mäßig eingeschränkt	Sehen uneingeschränkt mäßig eingeschränkt
--	---	---

VI. Hilfsmittel

Hörgerät	Brille	Gehhilfe
Rollstuhl	Lift	Dekubitusbett
Toilettenstuhl	Treppenlift	Barrierefreie Einrichtung
Pflegebett	Rollator	Badelift

VII. Orientierung

Zeitlich uneingeschränkt mäßig kaum	Örtlich uneingeschränkt mäßig kaum	Persönlich uneingeschränkt mäßig kaum
---	--	---

VIII. Treppensteigen

selbständig	mit Unterstützung	nicht möglich	Treppenlift
-------------	-------------------	---------------	-------------

IX. Transfer Bett/Rollstuhl

selbständig	hilft mit	unselbständig
-------------	-----------	---------------



X. Baden/Duschen

selbständig	mit Unterstützung	unselbständig
-------------	-------------------	---------------

XI. Körperpflege

Gesicht selbständig teilweise selbständig unter Anleitung unselbständig	Mundpflege selbständig teilweise selbständig unter Anleitung unselbständig	Oberkörper selbständig teilweise selbständig unter Anleitung unselbständig
--	---	---

XII. Inkontinenz

Urin Inkontinenz	keine Störung	sporadisch inkontinent	inkontinent
Stuhlinkontinenz	keine Störung	sporadisch inkontinent	inkontinent

Hilfsmittel: Windel Katheter Dauerkatheter Vorlagen Urinflasche

XIII. An-/Auskleiden

selbständig	hilft mit	unselbständig
-------------	-----------	---------------

XV. Essen und Trinken

Essen	selbständig	braucht Hilfe	unselbständig
Trinken	selbständig	braucht Hilfe	unselbständig

PEG Sonde: ja nein **Nahrungskarenz**

Diät: keine, wenn ja, welche:

XVI. Ruhen und Schlafen

keine Störungen	sporadische Störungen	Schlaf/Wach Rhythmus gestört
-----------------	-----------------------	------------------------------

Nächtliches Aufwachen

1 mal

2 mal

3 mal und mehr

Werden Schlafmittel verabreicht/ingenommen? ja nein

XVII. Aktuelle Therapien

Krankengymnastik

Logopädie

Ergotherapie

Beschäftigungstherapie



ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL

I. Erwartungen an die Betreuungsperson

Geschlecht	weiblich		männlich		irrelevant
Rauchen	ja		nein		irrelevant
Alter	20-30	30-40	40-50	50+	irrelevant
Sprachkenntnisse	kaum	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut
Führerschein	ja, mit Fahrpraxis			irrelevant	

II. Rahmenbedingungen

Lage	Großstadt	Kleinstadt	Dorf	Land
Wohnsituation	Haus		Wohnung	Sonstiges
Alleine wohnend	Ja	Mit:		
Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß	15 min	30 min	45 min	1 std
Zimmerausstattung	Bad	Bett	Tisch	Schrank
	TV	Radio	Computer	Internet
Haustiere / Mitversorgen	Nein	Ja und auch versorgen?		ja nein
Einkäufe	immer		gelegentlich	nein
Kochen / Essensvorbereitung	immer		gelegentlich	nein
Waschen / Bügeln	immer		gelegentlich	nein
Begleitung zu Arztbesuchen	immer		gelegentlich	nein

III. Tagesablauf

Morgens	
Vormittags	
Mittags	
Nachmittags	
Abends	
Nachts	
Baden / Duschen	1 mal pro Woche mehrmals pro Woche
Lieblingsbeschäftigung	
Sonstiges	



IV. Besonderheiten und Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift