

Anamnese



Ansprechpartner

	☐ Frau	☐ Herr	
Titel			
*	*		
Vorname Nachname			
Straße		Hausnummer	PLZ Ort
*	*		
Telefonnummer		E-Mail	Geburtsdatum

Beziehung zur betreuten Person:

☐ Sohn	☐ zu betr. Person	☐ Bruder	☐ Schwiegersohn	☐ Enkel/ in	☐ gesetzl. Betreuer
☐ Tochter	☐ Ehepartner/ in	☐ Schwester	☐ Schwiegertochter	☐ Sonstige	

Zu betreuende Person:

	☐ Frau	☐ Herr
Titel		
*	*	*
Vorname		Nachname Geburtsdatum
*	*	*
Straße		Hausnummer PLZ Ort
*	*	*
Telefonnummer		E-Mail Größe Gewicht
*	*	
Krankenkasse		Versichertennummer

Pflegegrad:

☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 ☐ 4
 ☐ 5
 ☐ kein
 ☐ Erstinstufung beantragt

Höherstufung beantragt: ☐ ja ☐ nein

Höhe des ausbezahlten Pflegegeldes: € Wird der Entlastungsbetrag verwendet? ☐ ja ☐ nein

Hauptgrund für Betreuung:

Weitere Person im Haushalt: ☐ ja ☐ nein **Gewünschter Beginn:** ☐ sofort ab (Datum):

(wenn ja, bitte separaten Anamnesebogen ausfüllen)

Erste Anamnese ☐ ja ☐ nein

Erfasst durch

Erfassungsdatum

*Pflichtangaben



Gesundheitsstatus

Körperlich

Nervensystem

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| ☐ Alzheimer | ☐ Demenz | ☐ Multiple Sklerose | ☐ Polyneuropathie |
| ☐ ALS | ☐ Parkinson | ☐ Epilepsie | ☐ Andere <input type="text"/> |

Herz-Kreislauf-System

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Schlaganfall | ☐ niedriger Blutdruck | ☐ Herzinsuffizienz |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Herz-OP | ☐ Herzrhythmusstörung | ☐ Andere <input type="text"/> |

Magen-Darm-Trakt

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| ☐ Morbus Crohn | ☐ Diabetes | ☐ Diabetes mit Insulinversorgung | ☐ Niereninsuffizienz |
| ☐ Dialyse | ☐ Gastrostoma | ☐ Chronischer Durchfall | ☐ Andere <input type="text"/> |

Bewegungsapparat

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ Arthritis | ☐ Rheuma | ☐ Gehschwäche | ☐ Osteoporose | ☐ Andere <input type="text"/> |
| ☐ Arthrose | | | | |

Atemwege

- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ Asthma | ☐ COPD | ☐ Tracheostoma | ☐ Beatmung | ☐ Andere <input type="text"/> |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--|

Ansteckende Krankheiten

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein | Wenn ja, welche? <input type="text"/> |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|

Sonstiges

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| ☐ Dekubitus | an welcher Stelle? <input type="text"/> | Größe (cm) <input type="text"/> |
| ☐ Krebs | Diagnose: <input type="text"/> | ☐ Palliativversorgung |

Weitere Informationen

NUR Erinnerung an Medikamenteneinnahme

☐ ja

☐ nein

Geistig

- | | gut | eingeschränkt | unmöglich | Beschreibung |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Erinnerungsvermögen | ☐ | ☐ | ☐ | <input type="text"/> |
| Personenbezogene Orientierung | ☐ | ☐ | ☐ | <input type="text"/> |
| Örtliche Orientierung | ☐ | ☐ | ☐ | <input type="text"/> |
| Situative Orientierung | ☐ | ☐ | ☐ | <input type="text"/> |
| Zeitliche Orientierung | ☐ | ☐ | ☐ | <input type="text"/> |

Mentaler Zustand (Mehrfachnennung möglich)

- | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ☐ aggressiv | ☐ ängstlich | ☐ anspruchsvoll | ☐ apathisch | ☐ aufgeschlossen | ☐ bestimmend |
| ☐ cholerisch | ☐ depressiv | ☐ freundlich | ☐ gereizt | ☐ innere Unruhe | ☐ instabil |
| ☐ launisch | ☐ skeptisch | ☐ teilnahmslos | ☐ vergesslich | ☐ Weglauftendenz | |

Weitere Informationen (Hobbys, Interessen, Hoffnung, soziale Integration, Glauben, Isolation, Schmerzen, Ängste, etc.)

Kommunikation

Kann Bedürfnisse des Alltags mitteilen: ☐ ja ☐ nein Beschreibung

Dialekt: weitere Sprache(n):

	gut	eingeschränkt	unmöglich	Beschreibung
Sprechen	☐	☐	☐	
Hören	☐	☐	☐	
Sehen	☐	☐	☐	

Weitere Informationen

Inkontinenz

☐ Urostoma ☐ Darmstoma ☐ Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz
☐ Windeln ☐ Einlagen Anzahl der Wechsel pro Tag (circa)

	Eigenständig	Unterstützung	Unfähig	Beschreibung
Toilettengang	☐	☐	☐	

Eingesetzte Hilfsmittel

☐ Toilettensstuhl ☐ Urinflasche ☐ Bettpfanne

Mobilität

	Eigenständig	Unterstützung	Unfähig	Beschreibung
Sitzen	☐	☐	☐	
Stehen	☐	☐	☐	
Gehen	☐	☐	☐	
Aufstehen/ Sitzen im Stuhl	☐	☐	☐	
Treppensteigen	☐	☐	☐	
Umbetten/ Umsetzen (Transfer)	☐	☐	☐	
Bewegen im Bett	☐	☐	☐	

Bettlägerig ☐ ja ☐ nein **Sturzrisiko** ☐ ja ☐ nein

Eingesetzte Hilfsmittel

☐ Rollator ☐ Badlifter ☐ Bettlifter ☐ Gehstock ☐ Anti-Dekubitus Matratze
☐ Pflegebett ☐ Rollstuhl ☐ Treppenlifter ☐ Andere

Hygiene

	Eigenständig	Unterstützung	Übernahme	Beschreibung
Duschen/ Baden	☐	☐	☐	
Mundhygiene/ Prothesenpflege	☐	☐	☐	
Rasieren	☐	☐	☐	
Nagel-/ Fußpflege	☐	☐	☐	
Haarpflege	☐	☐	☐	
Waschen am Waschbecken	☐	☐	☐	
Intimpflege	☐	☐	☐	
An-/ Auskleiden	☐	☐	☐	
Auswahl der Kleidung	☐	☐	☐	

	Ja	Nein	Übernahme	Beschreibung
Waschen im Bett	☐	☐	☐	

Eingesetzte Hilfsmittel

☐ Duschhocker ☐ Duschstuhl ☐ Handgriffe ☐ Wannenhilfen

Weitere Informationen

Essen & Trinken

	Eigenständig	Unterstützung	Übernahme	Beschreibung
Vorbereitung der Mahlzeiten	☐	☐	☐	
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	
Trinken	☐	☐	☐	

Allergien/ Unverträglichkeiten

☐ ja ☐ nein wenn ja, welche?

Klassifikation/ Ernährungsstatus

☐ Normal ☐ Untergewicht ☐ Übergewicht ☐ starkes Übergewicht

	ja	nein	Beschreibung
Diät/ Ernährungsplan	☐	☐	
Kau-/ Schluckbeschwerden	☐	☐	
PEG Sonde	☐	☐	

Vorlieben/ Abneigungen

Tagesstruktur

Schlafrhythmus von Uhr bis Uhr

Aufwecken ☐ ja ☐ nein um Uhr

Zubettbringen ☐ ja ☐ nein um Uhr

Schlafstörungen ☐ ja ☐ nein Beschreibung

Nachteinsätze (pro Nacht):

☐ keine ☐ gelegentlich ☐ 1x ☐ mehrfach Beschreibung

Medikamente

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche

Hilferuf durch

☐ Klingel ☐ Babyphone ☐ Hausnotruf/ Telefon

Tagesablauf

Morgen (zwischen 6:00 - 10:00 Uhr)

Vormittag (zwischen 10:00 - 12:00 Uhr)

Mittag (zwischen 12:00 - 14:00 Uhr)

Nachmittag (zwischen 14:00 - 18:00 Uhr)

Abend (zwischen 18:00 - 22:00 Uhr)

Nacht (zwischen 22:00 - 6:00 Uhr)



Externe Dienstleistungen

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| ☐ Angehörige | ☐ Ergotherapeut | ☐ Podologe/ Med. Fußpflege | ☐ Reinigungsservice |
| ☐ Nachtpflege | ☐ Tagespflege | ☐ Nachbarschaftshilfe | ☐ Physiotherapeut |
| ☐ Pflegedienst | ☐ Andere | | |

Welche externen Dienstleistungen werden weitergeführt?

Welche Tätigkeiten werden von wem übernommen und wie häufig?

Pflegedienst

☐ ja ☐ nein (Wenn ja, Kontaktdaten)

Firmenname

Ansprechpartner

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt

☐ ja ☐ nein (Wenn ja, Kontaktdaten)

Name Praxis

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail



Wunsch-Anforderungen an die Betreuungsperson

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ egal

Führerschein

☐ ja ☐ nein

Deutschkenntnisse

☐ keine ☐ Grund ☐ mittel ☐ gut ☐ sehr gut

Weitere Sprachen gewünscht?

Sprachniveau der weiteren Sprachen

☐ keine ☐ Grund ☐ mittel ☐ gut ☐ sehr gut

Sonstige Wunsch-Anforderungen an die Betreuungsperson

Wohnungsart

☐ Einfamilienhaus	☐ Wohnung	Wohnfläche		m ²	davon zu reinigen:		m ²
Aufzug vorhanden	☐ ja	☐ nein	Internet vorhanden	☐ ja	☐ nein		
Separates Bad	☐ ja	☐ nein	Separate Wohnung	☐ ja	☐ nein		
Umgebung	☐ ländlich	☐ städtisch	Nächste Einkaufsmöglichkeit erreichbar in		Minuten		
Sind inner-/außerhalb des Wohnbereichs Kameras angebracht?			☐ ja	☐ nein			

Fahrzeug/e

☐ PKW	Typ		☐ Automatik	☐ Gangschaltung
☐ Fahrrad	☐ E-Bike	☐ weitere		

Weitere Informationen

Freizeitregelung der Betreuungskraft

☐ 1 Tag/ Woche	☐ 2 Tage/ Woche	☐ 2 halbe Tage/ Woche	☐ andere	
---------------------------------------	--	--	---------------------------------	----------------------

Freier Tag: ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So**Wie wird die Betreuung während der Freizeit der Betreuungsperson überbrückt?****Haustier(e)**

☐ Katze	☐ großer Hund	☐ kleiner Hund	☐ Vogel	☐ andere	
--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------

Weitere Informationen zum Haustier**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

☐ Pflegedienst	☐ Beratungsstelle	☐ Internet	☐ Messe	☐ Krankenhaus	☐ Arzt/ Therapeut
☐ Flyer/ Prospekt	Name/ Ort des Empfehlenden:				

Einwilligung Datenschutz

- ☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Sofiapflege GmbH die in diesem Fragebogen zur Bedarfsanalyse enthaltenen, personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst und zum Zwecke der Anbahnung einer häuslichen Betreuung und Pflege an direkt beteiligte Partner weitergibt.*
- ☐ Ich bestätige, dass die gemachten Angaben freiwillig nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich zur Weitergabe der Daten befugt bin.*
- ☐ Ich willige ein, dass mir die Sofiapflege GmbH passende Angebote per E-Mail oder Post zusendet und mich diesbezüglich telefonisch kontaktieren darf.

	*		*		*
Ort		Datum		Unterschrift	

*Pflichtangaben