

Rahmendaten zur Erstbefragung versorgender Angehöriger

- Angaben der versorgenden Angehörigen -

1. Geschlecht der/des versorgenden Angehörigen:

- männlich weiblich

2. Verwandtschaftsverhältnis zur betroffenen Person:

- Ehefrau Ehemann Tochter Schwiegertochter
 Sohn Schwiegersohn Sonstiges: _____

3. Leben Sie mit der/dem Betroffenen in einem gemeinsamen Haushalt ?

- ja nein

4. Sind Sie derzeit berufstätig ?

- ja, vollzeit ja, Teilzeit _____ Std / Woche nein

5. Welche Unterstützungsangebote nehmen Sie oder die/der Betroffene derzeit in Anspruch ?

- keine Pflegedienst Tagespflege Tagesstätte
 Haushaltshilfe Essen auf Rädern Selbsthilfegruppe Ehrenamt
 Niedrigschwelliges Betreuungsangebot, und zwar: _____
 Sonstiges: _____

6. Wieviel Stunden sind Sie pro Tag durch die Versorgung der/des Betroffenen beansprucht ?

- 1-2 Stunden 3-4 Stunden 5-8 Stunden 10-12 Stunden
 24 Stunden (Die / der Betroffene ist rund um die Uhr beaufsichtigungspflichtig)

7. In welchen Bereichen ist das bestehende Unterstützungsangebot aus Ihrer Sicht unzureichend ?

- Erstinformation/Beratung Finanzberatung/Rechtsberatung
 Angehörigenschulung/Pflegekurse Beratung zu Pflegestufe/Hilfsmitteln
 Pflegedienste Tagespflege / Kurzzeitpflege
 Freizeitangebote Selbsthilfegruppen
 Sonstiges: _____

Rahmendaten zur Erstbefragung versorgender Angehöriger

- Angaben zum demenzkranken Menschen -

1. Geschlecht der/des demenzkranken Menschen:

männlich weiblich

2. Alter der betroffenen Person:

_____ Jahre

3. Seit wann versorgen Sie die betroffene Person ?

_____ Jahre / Monate (Nichtzutreffendes bitte streichen)

4. Liegt eine gesicherte Demenz-Diagnose vor ?

ja nein

5. Welchen Schweregrad hat die Demenzerkrankung nach Ihrer Einschätzung ?

leicht mittel schwer weiß nicht

6. Welche Pflegestufe hat die betroffene Person ?

keine Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3
 Zusätzliche Betreuungsleistungen (nach § 45b SGB XI) von monatlich _____,- Euro

7. Welche Probleme in der häuslichen Versorgung liegen vor ?

keine Probleme Weglauftendenz Aggression Rufen/Schreien
 Verweigerung der Körperpflege Verweigerung von Flüssigkeit/Nahrung
 Eingeschränkte Mobilität/Bettlägerigkeit Wahnvorstellungen / Halluzinationen
 Sonstiges: _____

Belastung durch Verhaltensstörungen

- Kognitive Einbußen -

Die / der Betroffene...

1. ...wiederholt sich oft / stellt immer wieder die gleichen Fragen.

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

2. ...ist logischen Argumenten nicht mehr zugänglich.

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

3. ...begreift schwierige Sachverhalte nicht mehr.

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

4. ...kann sich nichts mehr merken.

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

Belastung durch Verhaltensstörungen

- Aggression und Verwirrtheit -

Die / der Betroffene...

1. ...tut Dinge, die mir verrückt erscheinen.

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

2. ...ist häufig unruhig.

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

3. ...beschimpft mich.

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

4. ...widersetzt sich bestimmten Pflegeaufgaben (z.B. Körperpflege).

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

5. ...zeigt Verhaltensweisen, die sie/ihn selbst gefährden (z.B. Herdplatte anlassen).

trifft zu trifft nicht zu

Falls zutreffend: Wie sehr belastet Sie dieses Verhalten ?

garnicht wenig mäßig deutlich sehr

Belastung durch Verhaltensstörungen

- Persönliche Einschränkungen -

Im Folgenden sind Gefühle aufgeführt, die versorgende Personen im Bezug auf die Pflege und die damit verbundenen Aufgaben und Einschränkungen haben können. Bitte geben Sie an, wie oft Sie selbst die entsprechenden Gefühle haben. Legen Sie bei der Beantwortung bitte Ihre Situation in den **letzten beiden Wochen** zugrunde. Die Skala der Antworten reicht von „nie“ bis „immer“.

Ich habe für mich das Gefühl ...

1. ...dass ich zu wenig Rückzugsmöglichkeiten habe.

nie selten manchmal häufig immer

2. ...dass ich zu wenig Zeit für Hobbies / Interessen habe.

nie selten manchmal häufig immer

3. ...dass ich mich zu wenig um meine Gesundheit kümmern kann.

nie selten manchmal häufig immer

4. ...dass ich zu wenig Zeit für Aktivitäten mit anderen habe.

nie selten manchmal häufig immer

5. ...dass ich zu wenig Dinge für mich selbst erledigen kann.

nie selten manchmal häufig immer