

Kontaktangaben

Daten des Ansprechpartners			
Vorname		Nachname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Mobil		E-Mail	
Ich bin Vertragspartner		Ja	Nein

Daten der zu betreuenden Person (Person 1)			
Vorname		Nachname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Mobil		Telefon	
Geburtsdatum		Pflegegrad	
Gewicht (kg)		Größe (cm)	
Verwandtschaftsstatus		Geschlecht	
Ich bin Vertragspartner		Ja	Nein

Daten der zu betreuenden Person (Person 2, falls vorhanden)			
Vorname		Nachname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Mobil		Telefon	
Geburtsdatum		Pflegegrad	
Gewicht (kg)		Größe (cm)	
Verwandtschaftsstatus		Geschlecht	
Ich bin Vertragspartner		Ja	Nein

Daten der zusätzlichen Person im Haushalt (falls vorhanden)			
Vorname		Nachname	
Verwandtschaftsstatus		Ich bin Vertragspartner	
Gibt es weitere Personen im Haushalt?		Ja	Nein

Gesundheitlicher Zustand der zu betreuenden Person 1

Informationen über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Patienten				
Altersbedingte Gehschwäche		Osteoporose		Herzinfarkt
Beginnende Demenz		Diabetes		Herzrhythmusstörung
Demenz		Diabetes Insulinpflichtig		Chronischer Durchfall
agressive Demenz		Hörprobleme		Psychische Erkrankungen
Alzheimer		Sehschwäche		Dekubitus
Parkinson		Stoma		Inkontinenz
Rheuma		Katheter		Stuhlinkontinenz
Multiple Sklerose		PEG Magensonde		Lähmung
Bluthochdruck		Tumor		Parese
Schlafstörungen		Schlaganfall		Allergien
Asthma		Herzinsuffizienz		Depression
Sonstiges				

Allgemeine Orientierung			
Orientierung:	Vorhanden	Teilweise gestört	Überwiegend gestört
Zur Person			
Örtlich			
Zeitlich			

Patientenmobilität und Nachteinsatz

Patientenmobilität			
Selbstständig - kann alleine laufen		kann nicht selbstständig aufstehen	
Geht mithilfe eines Gehstocks / einer Stütze		bettlägerig	
benutzt einen Rollator - Innen		Patient hilft beim Transfer mit	
benutzt einen Rollator - Außen		Patient hilft beim Transfer nicht mit	
benutzt einen Rollstuhl - Innen		Transfer mithilfe eines Lifts möglich	
benutzt einen Rollstuhl - Außen		regelmäßiges nächtliches Aufstehen	
kann selbstständig aufstehen		sporadisches nächtliches Aufstehen	

Urinkontrolle			
kontinent		inkontinent	Teilweise inkontinent (z.B. in der Nacht)

Stuhlkontrolle			
kontinent		inkontinent	Teilweise inkontinent (z.B. in der Nacht)

Pflegeaktivitäten	selbstständig	Teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Komplette Unterstützung
Gesichtspflege				
Mundpflege/Zahnprothese				
Oberkörper				
Gesäß/Beine				
Intimpflege				
Haare kämmen/waschen				
Handpflege				
Fußpflege				
Windeln wechseln				
Rasieren				
An-/Auskleiden				
Hilfe beim Essen und Trinken				

Wesenszüge					
nett		agressiv		umgänglich	
offen		geduldig		fordernd	
eigensinnig		bestimmend		ängstlich	

Tagesablauf	
Baden/ Duschen	Mal pro Woche
Morgens:	
Vormittags	
Mittags	
Nachmittags	

Gesundheitlicher Zustand der zu betreuenden Person 2 (falls vorhanden)

Informationen über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Patienten					
Altersbedingte Gehschwäche		Osteoporose		Herzinfarkt	
Beginnende Demenz		Diabetes		Herzrhythmusstörung	
Demenz		Diabetes Insulinpflichtig		Chronischer Durchfall	
agressive Demenz		Hörprobleme		Psychische Erkrankungen	
Alzheimer		Sehschwäche		Dekubitus	
Parkinson		Stoma		Inkontinenz	
Rheuma		Katheter		Stuhlinkontinenz	
Multiple Sklerose		PEG Magensonde		Lähmung	
Bluthochdruck		Tumor		Parese	
Schlafstörungen		Schlaganfall		Allergien	
Asthma		Herzinsuffizienz		Depression	
Sonstiges					

Allgemeine Orientierung			
Orientierung:	Vorhanden	Teilweise gestört	Überwiegend gestört
Zur Person			
Örtlich			
Zeitlich			

Patientenmobilität und Nachteinsatz

Patientenmobilität			
Selbstständig - kann alleine laufen		kann nicht selbstständig aufstehen	
Geht mithilfe eines Gehstocks / einer Stütze		bettlägerig	
benutzt einen Rollator - Innen		Patient hilft beim Transfer mit	
benutzt einen Rollator - Außen		Patient hilft beim Transfer nicht mit	
benutzt einen Rollstuhl - Innen		Transfer mithilfe eines Lifts möglich	
benutzt einen Rollstuhl - Außen		regelmäßiges nächtliches Aufstehen	
kann selbstständig aufstehen		sporadisches nächtliches Aufstehen	

Urinkontrolle			
kontinent		inkontinent	Teilweise inkontinent (z.B. in der Nacht)

Stuhlkontrolle			
kontinent		inkontinent	Teilweise inkontinent (z.B. in der Nacht)

Pflegeaktivitäten	selbstständig	Teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Komplette Unterstützung
Gesichtspflege				
Mundpflege/Zahnprothese				
Oberkörper				
Gesäß/Beine				
Intimpflege				
Haare kämmen/waschen				
Handpflege				
Fußpflege				
Windeln wechseln				
Rasieren				
An-/Auskleiden				
Hilfe beim Essen und Trinken				

Wesenszüge					
nett		agressiv		umgänglich	
offen		geduldig		fordernd	
eigensinnig		bestimmend		ängstlich	

Tagesablauf	
Baden/ Duschen	Mal pro Woche
Morgens:	
Vormittags	
Mittags	
Nachmittags	

Auszuübende Tätigkeiten

Auszuübende Tätigkeiten	Ja	Nein
Soll die Betreuungskraft das Einkaufen übernehmen?		
Soll die Betreuungskraft das Kochen übernehmen?		
Soll die Betreuungskraft nach einer speziellen Diät kochen?		
Soll die Betreuungskraft das Wäsche waschen übernehmen?		
Soll die Betreuungskraft das Bügeln übernehmen?		
Soll die Betreuungskraft das Putzen übernehmen?		
Soll sich die Betreuungskraft um Tiere zu Hause kümmern?		
Soll die Betreuungskraft den Patienten zu den Arztbesuchen begleiten?		

Die in der Wohnung des Kunden verfügbaren Pflegemittel			
Pflegebett		Patientenlift	
Rollstuhl		Treppenlift	
Rollator		Gehstock	
Nachtstuhl		Hörgerät	
Badewannensitz		Hilfenknopf	
Andere Hilfsmittel			

Aktuelle Art der Pflege

Die Betreuung der pflegebedürftigen Person wird derzeit gewährleistet durch							
Familie		Pflegedienst/ Sozialstation		Altenpflegerin/ Seniorenbetreuer/in		Bisher war keine nötig	

Aktuelle Therapien					
Rehabilitation		Krankengymnastik		Sprechtherapie/ logopädische Therapie	
Sonstiges					

Wohnbedingungen

Lage der Wohnsituation

Stadt (über 200.000 Einwohner)	<input type="checkbox"/>	kleine Ortschaft	<input type="checkbox"/>
Stadt (bis 200.000 Einwohner)	<input type="checkbox"/>	Dorf	<input type="checkbox"/>

Wohnform

Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/>	Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------	--------------------------

Beschreibung der Unterkunft

Größe des Hauses / der Wohnung (Anzahl der Zimmer oder m2)	<input type="text"/>
Ist ein Garten vorhanden?	<input type="checkbox"/>
Was ist die Räumlichkeit für die Betreuungskraft?	<input type="text"/>
Art der Heizung	<input type="text"/>

Zusätzliche Zimmerausstattung für die BK (Bett und Kleiderschrank immer erforderlich)

TV	<input type="checkbox"/>	Bettwäsche und Handtücher	<input type="checkbox"/>
Internet-WiFi	<input type="checkbox"/>	Balkon	<input type="checkbox"/>
Getrenntes Bad	<input type="checkbox"/>	Auto	<input type="checkbox"/>
Getrennte Küche	<input type="checkbox"/>	Fahrrad	<input type="checkbox"/>
Separate Etage - zur eigenen Nutzung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="text"/>		

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar)

Unter 10 Minuten	<input type="checkbox"/>	Unter 20 Minuten	<input type="checkbox"/>	Mehr als 20 Minuten	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Zusätzliche Hilfe bei weiteren Bewohnern

Kochen	<input type="checkbox"/>	Einkaufen	<input type="checkbox"/>
Putzen	<input type="checkbox"/>	Hilfe bei der Pflege	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	Pflege von Tieren	<input type="checkbox"/>
Bügeln	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="text"/>		

Sollte Ihre Betreuungskraft ein bestimmtes Geschlecht haben?

keine Präferenz	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------

Sollte Ihre Betreuungskraft ein bestimmtes Alter haben?

keine Präferenz		20-35		35-55		Über 55	
-----------------	--	-------	--	-------	--	---------	--

Welches Niveau der Deutschkenntnisse wünschen Sie?

einfache Kenntnisse		mittlere Kenntnisse		gute / sehr gute Kenntnisse	
---------------------	--	---------------------	--	-----------------------------	--

Soll ein Führerschein vorhanden sein?

Ja		Nein	
----	--	------	--

Darf die BK rauchen?

Ja, aber nur draußen		Ja		Nein	
----------------------	--	----	--	------	--

Gewünschter Anfang der Betreuungszeit:

--

Dieser Fragebogen dient als Leistungsbeschreibung, um Ihnen unverbindlich ein optimales Angebot zu machen. Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Unbeteiligte weiter gegeben. Wir beachten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes und polnischen Datenschutzgesetzes.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Auftraggeber