

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für uns hilfreich, um für Sie ein detailliertes Angebot zu erstellen.

1. PERSONENDATEN

- **Ansprechpartner**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefon/Handy:.....

E-Mail:

- **Leistungsempfänger**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefon/Handy:

E-Mail:

2. ANGABEN ZUR PFLEGE

Größe:cm

Gewicht:kg

Alter:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum:

Pflegestufe:

ja nein eine Pflegestufe ist beantragt

Stufe Härtefall

3. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM ANSPRECHPARTNER

Mutter Vater oder

- **Wer soll Vertragspartner werden?**

Ansprechpartner Leistungsempfänger

- **Rechnungsstellung erfolgt an:**

Ansprechpartner Leistungsempfänger

4. GESUNDHEITSMERKMALE

• **Mobilität:**

- selbständig
 mit Unterstützung
 Rollstuhl
 bettlägerig

Die Pflegeperson:

- ...muss angehoben werden
 ... kann dabei mithelfen
 ... kann selbständig aufstehen

Transfer Bett/Rollstuhl:

- selbständig
 hilft mit
 komplett hilfsbedürftig
 bettlägerig, kein Transfer

Hilfsmittel:

- Rollstuhl
 Rollator
 Unterarmgehstützen

• **geistiger Zustand:**

- klar
 apathisch
 teilnahmslos
verwirrt
 depressiv
 aggressiv

• **Toilette:**

- selbstständig
 mit Hilfe
 Teilinkontinenz
 Vollinkontinenz

Hilfsmittel

- Vorlagen
 Urinflasche
 Windeln
 Dauerkatheter

• **Orientierung:**

- zeitlich ja zeitweise gar nicht
 Örtlich ja zeitweise gar nicht
 persönlich ja zeitweise gar nicht

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> MS-Patient | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Druckgeschwür | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> zeitliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> räumliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> PGE Sonde | | |

Weitere Krankheiten:

.....

.....

.....

• **Diät:**

ja (welche): nein

• **Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

ja nein

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen? ja nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

.....
.....

• **Es besteht Hilfsmittel:**

Hebegurt Hebesitz Patientenlift Wannenlifter Hörgerät

Rollator Rollstuhl Pflegebett Dekubitusmatratze Toilettenstuhl

andere

.....

• **Kommunikationsfähigkeit:**

Sprache keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Sehkraft keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Hörvermögen keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Hörgerät ja nein

Brille ja nein

• **Schlafstörung:**

Ein-/Druschlafen:

keine Probleme sporadisch Schlaf-/Wachrythmus gestört

Nachtruhe:

ungestört gelegentlich gestört oft erhebliche Unruhe

regelmäßig nächtliche Betreuung

Überwachung in der Nacht: ja nein

Wenn ja, wie oft und wie sollte diese ablaufen?

.....
.....

• **Aktuelle Therapien:**

keine Krankengymnastik Logopädie sonstige

Hobbys:

.....

5. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:

• **Pflegerische Tätigkeiten:**

An-/ auskleiden	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Mundpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Oberkörper	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Intimpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Haare waschen/kämmen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Rasieren	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Handpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Toilettengang	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Windeln wechseln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfestellung beim stehen/gehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Begleitung beim Arztbesuch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

weiteres:.....

.....

• **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:**

Reinigung der Wohnung Kochen (für wie viel Personen?.....)

Wäsche waschen Einkaufen

Bügeln Freizeitgestaltung

Spazieren gehen: mit Gehstock mit Gehilfe im Rollstuhl Rollator ohne Hilfe

aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)

24h Rufbereitschaft

Andere Tätigkeiten:.....

.....

6. ANGABEN ZUM HAUSHALT

- **Art des Haushaltes:**

Wohnung Haus Fläche..... m²

- **Anzahl Zimmer:**

..... im EG KG Etage.....

- **Lage:**

Großstadt-zentral Großstadt-abgelegen Kleinstadt
Dorf Ländlich

- **Anzahl im Haushalt lebender Person:**

- **Wer wohnt mit im Haushalt?:**

Ehepartner Verwandte Bekannte Sonstige

oder bekommen zu Besuch täglich wöchentlich monatlich

- **Gibt es Haustiere zu Hause?** ja nein

- **Wenn ja, welche?**

- **Ist ein Auto vorhanden?** ja nein

- **Wenn ja, ist Autofahren erwünscht?** ja nein

- **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

ca.10 min. ca.20 min. ca.40min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

7. PERSONALANFORDERUNGEN

- **Gewünschte Datum des Einsatzbeginns:**

- **Betreuungsdauer:** langfristig nur kurze Zeit steht noch nicht fest

- **Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:**

- **Geschlecht:**

weiblich männlich 2 Personen egal

- **Alter:**

20-30 30-40 40-50 älter als 50 Jahre egal

- **Kräftige Person:** egal ja, da schwergewichtiger Patient

- **Pflegeerfahrung:** ja nein egal
Krankenschwester Krankenpfleger/in

- **Kochkenntnisse:** ja, wichtig nein egal

- **Nichtraucher/in:** ja, wichtig egal
- **Führerschein mit Fahrpraxis:** ja, wichtig nein egal
- **Tierlieb:** ja, wichtig egal

- **Deutschkenntnisse:**

- Grundkenntnisse – verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig
- erweiterte Grundkenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten
- gute Kenntnisse – einfache Unterhaltung ist möglich
- sehr gute Kenntnisse – Unterhaltung ohne Einschränkung

- **Referenzen, Zeugnisse:** gern gesehen ja, wichtig egal

- **Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:**

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank
- Radio TV Gerät Internet Anschluss Sonstiges

.....
.....

- **Sonstiges:**

Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen, oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:

.....
.....
.....

- **Wie sind Sie denn auf die Agentur  aufmerksam geworden?**

- Internet Pflegedienst Sozialstation Presse/Zeitung
- Bekannte/Freunde Empfehlung von

Ort, Datum

Unterschrift

Baden/Duschenpro Woche
Vormittags:	
Mittags:	
Nachmittags:	
Abends:	
Nachts:	

Ort, Datum

Unterschrift