

Filiale/Adresse



24 Stunden Betreuung Tagessatz _____ Vertragsart _____
 Tagesbetreuung Stundensatz _____ Dienstleister _____

1. Allgemeine Angaben

Angaben zur Kontaktperson

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Hausnummer: _____
PLZ: _____
Ort: _____
Telefonnummer: _____
Mobilnummer: _____
E-Mailadresse: _____
Verwandtschaftsgrad zwischen Patient und Kontaktperson: _____

Angaben zum Hilfebedürftigen/Patienten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Hausnummer: _____
PLZ: _____
Ort: _____
Telefonnummer: _____
Mobilnummer: _____
Gewicht: _____
Größe: _____
Wohnt der Patient alleine? _____



Erkrankungen

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Parkinson Erkrankung | <input type="checkbox"/> Anus praeter (künstl. Darmausgang) |
| <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis und Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall (Apoplex) | <input type="checkbox"/> Depressionen | |
| <input type="checkbox"/> Insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Demenz | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | | | |

Allergien _____

Pflegegrade

Keine:

Wenn ja, welche: 1. 2. 3. 4. 5.

Beantragt: 1. 2. 3. 4. 5.

Pflegedienst

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst?

ja nein

Wenn ja, wie oft täglich: _____

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst: _____

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:

ja nein

Probleme in der Kommunikation

Sprache: keine mäßige massive Probleme

Hörvermögen: keine mäßige massive Probleme

Sehkraft: keine mäßige massive Probleme

Hilfsmittel

Hörgerät: ja nein

Brille: ja nein



Probleme in der Orientierung

- Zeitlich: keine zeitweise massive Probleme
 Örtlich: keine zeitweise massive Probleme
 Persönlich: keine zeitweise massive Probleme

Bewegung

- selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel: _____

Treppensteigen

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel: _____

Transfer Bett/Rollstuhl

- selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig/kein Transfer

Hilfsmittel

- Pflegebett Lift Antidekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Baden/Duschen

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel: _____

Körperpflege

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anteilung	komplette Unterstützung nötig
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Urinkontrolle

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel

Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter Toilettenstuhl

Stuhlkontrolle

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

Schutzhose Vorlagen Toilettenstuhl

An-/Auskleiden

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken

selbstständig braucht Hilfe (z.B. beim Schneiden) komplett hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen

keine Störungen Magensonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät

keine wenn ja, welche: _____

Ein-/Durchschlafen

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf: 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Bekommt der Patient Schlafmittel? ja nein



2. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

Anforderungen an das Personal

Geschlecht

Frau Mann keine Präferenz

Alter (in Jahren)

20-30 30-40 40-50 älter als 50 keine Präferenz

Sprachkenntnisse

1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend)

Führerschein

ja, mit Fahrpraxis nein

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter/-innen?

Rahmenbedingungen

Lage

Kleinstadt Großstadt (zentral) Großstand (abgelegen)
 Dorf Ländlich

Wohnsituation

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Sonstige: _____

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

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

Bemerkungen: _____

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiterin

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio Tv Internet

Bemerkungen:



Zusätzliche Voraussetzungen

Haustiere

keine Wenn ja, welche

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:

ja nach Bedarf nein

Sollen kleine Gartenarbeiten mit übernommen werden:

keine Wenn ja, welche:

Hauswirtschaftliche Versorgung

immer ab und zu nein

Bügeln

immer ab und zu nein

Begleitung zu Arztbesuchen

immer ab und zu nein

Einkäufe/Kochen/Essenvorbereitung

immer ab und zu nein

Liebblingslebensmittel und Getränke: _____

Gibt es eine Haushaltshilfe

nein Wenn ja, wie oft kommt diese zum Einsatz?

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt: _____

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

Datum, Unterschrift



3. Tagesstruktur

<p>Morgens</p> <p><input type="checkbox"/> Wecken, um _____ Uhr</p> <p><input type="checkbox"/> Ausschlafen lassen</p> <p>Baden/Duschen: _____ pro Woche</p>	
<p>Vormittags</p>	
<p>Mittags</p>	
<p>Nachmittags</p>	
<p>Abends</p>	
<p>Nachts</p>	
<p>Sonstiges</p>	



