



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

1. PERSONENDATEN

* Ansprechpartner

Name und Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

* Leistungsempfänger

Name und Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

2. AUFKLÄRUNG ZUR GENERATIONENBERATUNG GEWÜNSCHT

Ja

Nein

a. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung (unverbindliche Beratung)

3. ANGABEN ZUM PFLEGEGRAD

Größe: _____ cm

Alter: _____ Jahre

Gewicht: _____ kg

Geburtsdatum: _____ TT.MM.JJJJ

Nationalität: _____

Geschlecht: weiblich

männlich

Pflegegrad: Ja Nein
 ein Pflegegrad ist beantragt
 1 2 5
 3 4

4. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGERS ZUM ANSPRECHPARTNER

Mutter Vater
 oder _____

5. GESUNDHEITSMERKMALE

* Mobilität: selbständig mit Unterstützung
 bettlägerig Rollstuhl

* die Pflegeperson: muss angehoben werden kann dabei mithelfen
 kann selbständig aufstehen

* Transfer Bett/Rollstuhl: selbständig hilft mit
 komplett hilfsbedürftig bettlägerig, kein Transfer

* Hilfsmittel: Rollator Rollstuhl
 Unterarmgehstützen Gehstock

* geistiger Zustand: klar apathisch
 teilnahmslos aggressiv
 verwirrt depressiv

* Toilette: selbständig 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

*** Krankheiten:**

 Alzheimer MS-Patient Parkinson Demenz Diabetes Schlaganfall Dauerkatheter Bluthochdruck Schwerhörigkeit Tumor Druckgeschwür Herzkrankheit zeitliche Desorientierung räumliche Desorientierung Asthma Herzrhythmusstörung Herzinfarkt Krebserkrankung Inkontinenz Rheuma Multiple Sklerose Allergien Stoma Osteoporose PGE Sonde weitere Krankheiten:

*** Diät:**

 Ja Nein

*** Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

 Ja Nein

Wenn ja, soll Pflegedienst weiterhin kommen?

 Ja Nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

*** Folgende Hilfsmittel stehen zur Verfügung:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hebesitz | <input type="checkbox"/> Patientenlift |
| <input type="checkbox"/> Hebegurt | <input type="checkbox"/> Brille |
| <input type="checkbox"/> Wannenlift | <input type="checkbox"/> Hörgerät |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Gehstock |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |
-
-

*** Kommunikationsfähigkeit:**

- | | | |
|--------------|---|--|
| Sprache | <input type="checkbox"/> keine Einschränkung | <input type="checkbox"/> geringe Einschränkung |
| Sehkraft | <input type="checkbox"/> keine Einschränkung | <input type="checkbox"/> geringe Einschränkung |
| | <input type="checkbox"/> starke Einschränkung | |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> keine Einschränkung | <input type="checkbox"/> geringe Einschränkung |
| | <input type="checkbox"/> starke Einschränkung | |
| Hörgerät | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Brille | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

*** Schlafstörung:**

- | | | |
|---------------------------|--|--|
| Ein-/Durschschlafen: | <input type="checkbox"/> keine Probleme | <input type="checkbox"/> sporadisch |
| | <input type="checkbox"/> Schlaf-/Wachrythmus gestört | |
| Nachtruhe: | <input type="checkbox"/> ungestört | <input type="checkbox"/> gelegentlich gestört |
| | <input type="checkbox"/> oft erhebliche Unruhe | <input type="checkbox"/> regelmäßig nächtliche Betreuung |
| Überwachung in der Nacht: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn ja, wie oft und wie sollte diese ablaufen?

* **Aktuelle Therapien:**

keine

Krankengymnastik

Logopädie

sonstige

Sonstige

* Hobbys:

6. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:

* **Pflegerische Tätigkeiten:**

An-/ auskleiden

selbständig

mit Unterstützung

komplett hilfsbedürftig

Baden/Duschen

selbständig

mit Unterstützung

komplett hilfsbedürftig

Mundpflege

selbständig

mit Unterstützung

komplett hilfsbedürftig

Oberkörper

selbständig

mit Unterstützung

komplett hilfsbedürftig

Intimpflege

selbständig

mit Unterstützung

komplett hilfsbedürftig

Gesäß/ Beine

selbständig

mit Unterstützung

komplett hilfsbedürftig

Haare waschen/kämmen

selbständig

mit Unterstützung

komplett hilfsbedürftig

Rasieren

selbständig

mit Unterstützung

komplett hilfsbedürftig

Handpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Windeln wechseln	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Hilfestellung beim stehen/gehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Begleitung beim Arztbesuch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sonstiges:

* **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:**

<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/> Kochen für _____ (Personenzahl)
<input type="checkbox"/> Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> Einkaufen
<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung
<input type="checkbox"/> aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)	

* **Spazieren gehen:**

<input type="checkbox"/> mit Gehstock	<input type="checkbox"/> mit Gehilfe
<input type="checkbox"/> im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	

* **24h Rufbereitschaft:**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

* **Andere Tätigkeiten:**

7. ANGABEN ZUM HAUSHALT

* Art des Haushaltes:

Wohnung

Haus

Fläche

* Anzahl Zimmer:

Etagen

im KG

im EG

1. OG

2.OG

OG _____

* Lage:

Großstadt - zentral

Großstadt - abgelegen

Kleinstadt - zentral

Kleinstadt - abgelegen

Dorf

Ländlich

* Anzahl im Haushalt lebender Personen:

* Wer wohnt mit im Haushalt?:

Ehepartner

Verwandte

Bekannte

Sonstige

Bemerkungen: _____

* wer kommt zu Besuch?

täglich

wöchentlich

monatlich

so oft wie möglich _____

* Ist Haustierpflege erwünscht?

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. 30 min

ca. 40 min

ca. 1 h

länger als 1 h

Sonstiges:

8. PERSONALANFORDERUNGEN

* Gewünschte Datum des Einsatzbeginns:

(Datum)

(Freitext)

* Betreuungsdauer:

langfristig

nur kurze Zeit

steht noch nicht fest

* Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:

* Geschlecht:

weiblich

männlich

egal

* Anzahl Pflegekräfte:

_____ Person/en

* Alter (Jahre):

20 - 30

30 - 40

40 - 50

älter als 50

egal

* Kräftige Person:

egal

ja, da schwergewichtige/er Patient/in

- * Pflegererfahrung: Ja Nein
 Krankenschwester Krankenpfleger/in
- * Kochkenntnisse: Ja Nein
 egal
- * Nichtraucher/in: Ja Ja, wichtig
 egal
- * Führerschein mit Fahrpraxis: Ja Nein
 egal
- * Tierlieb: Ja 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: Ja Ja, wichtig
 egal
- * Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für Betreuer / in:
- eigenes Bad Tisch
 Radio Schrank
 Bett TV-Gerät
 Internet Kühlschrank

Sonstiges

Ort, Datum

Unterschrift