



Fragebogen

ANGABEN ZUR BETREUTEN PERSON (LEISTUNGSNEHMER)

Leistungsempfänger

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

ANGABEN ZUM AUFTRAGGEBER (ANSPRECHPARTNER)

Kontaktperson

Bezug (Verwandschaftsgrad)

Vorname

Nachname

Telefon

E-Mail

RECHNUNGSADRESSE

Leistungsnehmer

Ansprechpartner

Abweichende Rechnungsadresse

ANGABEN ZUM DERZEITIGEN ZUSTAND DER BETREUTEN PERSON

Größe:

Gewicht:

Geschlecht: Weiblich

Männlich

Pflegegrad

• keine <input type="checkbox"/>	• III <input type="checkbox"/>
• I <input type="checkbox"/>	• IV <input type="checkbox"/>
• II <input type="checkbox"/>	• V <input type="checkbox"/>

Pflegegrad beantragt

DIAGNOSEN

Diagnoseliste

• Allergien <input type="checkbox"/>	• beginnende Demenz <input type="checkbox"/>
• Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/>	• Demenz <input type="checkbox"/>
• Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/>	• Alzheimer <input type="checkbox"/>
• Hypertonie <input type="checkbox"/>	• Parkinson <input type="checkbox"/>
• Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	• Depression <input type="checkbox"/>
• Hepatitis C <input type="checkbox"/>	• multiple Sklerose <input type="checkbox"/>
• Asthma <input type="checkbox"/>	• Diabetes <input type="checkbox"/>
• Dekubitus <input type="checkbox"/>	• Diabetes insulinempfindlichkeit <input type="checkbox"/>
• Osteoporose <input type="checkbox"/>	• altersbedingte Gehschwäche <input type="checkbox"/>
• Rheuma <input type="checkbox"/>	• chronische Durchfälle <input type="checkbox"/>
• Stoma <input type="checkbox"/>	• Tumor <input type="checkbox"/>
• Inkontinenz <input type="checkbox"/>	• Schlaganfall <input type="checkbox"/>

Schlaganfall rechts

links

Sonstige Diagnosen:

PROBLEME IN DER KOMMUNIKATION

Sprache

- keine Probleme
- teilweise Probleme
- massive Probleme

Hörvermögen

- keine Probleme
- teilweise Probleme
- massive Probleme

Sehkraft

- keine Probleme
- teilweise Probleme
- massive Probleme

Hörgerät

- ja
- nein

Brille

- ja
- nein

Hilfsmittel:

ORIENTIERUNG

Zeitlich	Örtlich	Persönlich
• orientiert <input type="checkbox"/>	• orientiert <input type="checkbox"/>	• orientiert <input type="checkbox"/>
• zeitweise orientiert <input type="checkbox"/>	• zeitweise orientiert <input type="checkbox"/>	• zeitweise orientiert <input type="checkbox"/>
• massive Probleme <input type="checkbox"/>	• massive Probleme <input type="checkbox"/>	• massive Probleme <input type="checkbox"/>

BEWEGUNG

Bewegung

- selbstständig
- mit Unterstützung
- überwiegend im Rollstuhl
- bettlägerig

Bewegung-Hilfsmittel:

TREPPENSTEIGEN

Treppensteigen

- selbstständig
- mit Unterstützung
- nicht möglich

Treppensteigen-Hilfsmittel

TRANSFER BETT-ROLLSTUHL

Transfer

- selbstständig
- hilft mit
- komplett hilfsbedürftig
- bettlägerig/ kein Transfer

BADEN / DUSCHEN

Baden / Duschen

- selbstständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

HILFSMITTEL

Hilfsmittel

- Stock
- Dekubitus Matratze
- Nachtstuhl
- Pflegebett
- Rollator
- Badewannenlift
- Rollstuhl

KÖRPERPFLEGE

Körperpflege-Gesicht

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Körperpflege- Mundpflege / Zahnprothese

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Körperpflege-Oberkörper

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Körperpflege-Gesäß / Beine

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Körperpflege-Intimpflege

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Haare kämmen / waschen

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Rasieren

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Handpflege

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

Fußpflege

- selbstständig
- teilweise selbstständig
- unter Anleitung
- komplette Unterstützung

SELBST-KONTROLLE

Urinkontrolle

<ul style="list-style-type: none">kontinent <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">Vorlagen <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">teilweise kontinent (z.B. Nachts) <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">Urinflasche <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">inkontinent <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">Harnblasenkatheter <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">mir unbekannt <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">suprapubischer Blasenkatheeter <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Windeln <input type="checkbox"/>	

Stuhlkontrolle

<ul style="list-style-type: none">kontinent <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">mir unbekannt <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">teilweise kontinent (z.B. Nachts) <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">Windeln <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">inkontinent <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">Vorlagen <input type="checkbox"/>

AN-/ AUSKLEIDEN

An- / und Auskleiden

- selbstständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig
- mir unbekannt

ESSEN UND TRINKEN

Essen und trinken

- selbstständig
- mir unbekannt
- komplett hilfsbedürftig
- braucht Hilfe z.B. beim Schneiden

Kau - und Schluckstörungen

- keine
- Störungen
- PEG Sonde
- Nahrungskarenz
- Trinkkarenz

Diät

- keine ja

Diät – wenn „JA“, welche:

EIN- / DURCHSCHLAFEN

Ein- / und Durchschlafen

- keine Probleme
- sporadische Störungen
- Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Bekommt der Patient Schlafmittel?

- ja
- nein

Wenn „JA“ – Wie oft steht der Patient jede Nacht auf?

- 1 Mal
- 2-3 Mal
- mehr als 3 Mal

Muss die Betreuungskraft in der Nacht mithelfen?

- 1 x Woche
- jede Nacht

bei Bedarf zum Beispiel

Besteht die Möglichkeit den Schlaf tagsüber nachzuholen?

- ja
- nein

Freizeitstunden ausgenommen

Bitte beschreiben Sie kurz, was getan werden muss um
Beispiel: Begleitung zum Bad, etwas zum Trinken holen etc.

AKTUELLE THERAPIEN

Therapien:

- keine
- Krankengymnastik
- Logopädie

sonstige Therapien:

PATIENTENBESCHREIBUNG

Wie ist der Patient vom Wesen und Charakter

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie den Patienten beschreiben / einschätzen würden

• fröhlich <input type="checkbox"/>	• bestimmend <input type="checkbox"/>
• offen <input type="checkbox"/>	• teilweise verwirrt <input type="checkbox"/>
• lieb <input type="checkbox"/>	• ruhig <input type="checkbox"/>
• kontaktfreudig <input type="checkbox"/>	• eigensinnig <input type="checkbox"/>
• kooperativ <input type="checkbox"/>	• starrsinnig <input type="checkbox"/>
• charmant <input type="checkbox"/>	• lustlos <input type="checkbox"/>
• sehr dankbar <input type="checkbox"/>	• nicht ansprechbar <input type="checkbox"/>
• freundlich <input type="checkbox"/>	• etwas mürrisch <input type="checkbox"/>
• humorvoll <input type="checkbox"/>	• unzufrieden <input type="checkbox"/>
• friedlich <input type="checkbox"/>	• aggressiv <input type="checkbox"/>
• gutmütig <input type="checkbox"/>	• launisch <input type="checkbox"/>
• sehr gefasst <input type="checkbox"/>	• depressiv <input type="checkbox"/>
• dominant <input type="checkbox"/>	• eher zurückgezogen <input type="checkbox"/>
• umgänglich <input type="checkbox"/>	• bleibt gerne allein <input type="checkbox"/>
• verständnisvoll <input type="checkbox"/>	• schätzt seine Privatsphäre <input type="checkbox"/>
• neigt zum Alkohol <input type="checkbox"/>	• legt großen Wert auf Allgemeinbildung <input type="checkbox"/>

Charakter – Sonstiges

Welche Hobbys hat der Patient?

Was tut der Patient gerne?

DATENSCHUTZERKLÄRUNG / EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit willige ich die Erhebung, Verarbeitung der von mir oben angegebenen Personalangaben und Gesundheitsdaten durch Senior-Apartments-Pflegeheim zum Zwecke der Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein. Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie haben jederzeit Zugang zu den von Ihnen hinterlegten Daten und können diese jederzeit ändern und löschen lassen. Der Verwalter Ihrer Personendaten ist unser Kooperationspartner und Senior-Apartments-Pflegeheim. Die Daten werden zum Zweck der Betreuungsdienstleistungen verarbeitet. Die Angabe der Daten ist freiwillig, aber notwendig für die Realisierung des obengenannten Zwecks. Sie haben das Auskunfts- und Berichtigungsrecht in Bezug auf Ihre Daten.

- ich bin einverstanden
- ich bin nicht einverstanden

Datum

Ihre Unterschrift *