



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. ANGABEN ZUM PFLEGEGRAD

Größe: _____ cm Alter: _____ Jahre
Gewicht: _____ kg Geburtsdatum: _____ TT.MM.JJJJ

Geschlecht: weiblich männlich

Pflegegrad: Ja Nein

ein Pflegegrad ist beantragt

1 2 5

3 4

3. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGERS ZUM ANSPRECHPARTNER

Mutter Vater

oder _____

4. 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:**

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

*** Krankheiten:**

- | | |
|--|--|
| <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 | |
| <input type="checkbox"/> weitere Krankheiten: | _____ |

*** Diät:**

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

*** Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

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

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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	
Nachruhe:	<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:**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Sonstige	

*** Hobbys:**

5. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:

* Pflegerische Tätigkeiten:

An-/ auskleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Mundpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Oberkörper	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Gesäß/ Beine	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Haare waschen/kämmen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	<input type="checkbox"/> 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 Hilfe |
| <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:

6. **ANGABEN ZUM HAUSHALT**

* Art des Haushaltes:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Haus |
| <input type="checkbox"/> Fläche | |

* Anzahl Zimmer:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etagen | <input type="checkbox"/> im KG |
| <input type="checkbox"/> im EG | <input type="checkbox"/> 1. OG |
| <input type="checkbox"/> 2.OG | <input type="checkbox"/> OG _____ |

* Lage:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Großstadt - zentral | <input type="checkbox"/> Großstadt - abgelegen |
| <input type="checkbox"/> Kleinstadt - zentral | <input type="checkbox"/> Kleinstadt - abgelegen |
| <input type="checkbox"/> Dorf | <input type="checkbox"/> Ländlich |

* Anzahl im Haushalt lebender Personen:

* Wer wohnt mit im Haushalt?:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner | <input type="checkbox"/> Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Bekannte | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Bemerkungen: _____

* wer kommt zu Besuch?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> so oft wie möglich _____ |

* Ist Gartenpflege erwünscht?

 Ja Nein

* Falls ja, welche Gartenarbeiten erwünscht?

* 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:

7. 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

