

I. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Angaben zur Kontaktperson:

Name | Vorname :

Straße | Hausnummer :

PLZ | Ort :

Telefon / Mobil :

Email :

Verhältnis :  Sohn  Tochter

Angaben zur pflegebedürftigen Person ( en ):

Anzahl Personen im Haushalt  Anzahl der pflegebedürftigen Personen

PERSON 1

PERSON 2

Name | Vorname :

Geb - Dat :

Gewicht :

Größe :

Straße :

PLZ | Ort :

Telefon :

Pflegebedürftig :  Person 1  Person 2

Geplanter Beginn der Betreuung : \_\_\_\_\_

Vertragspartner :  Kontakt Person  Pflegebedürftige Nr 1  Pflegebedürftige Nr 2

Damit wir uns einen genauen Überblick über die Betreuungssituation machen können, bitten wir darum für eine weitere pflegebedürftigen Person unser Beiblatt aus der letzten Seite zu verwenden.

## 1. Krankheitsbild/ Diagnosen:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien                       | <input type="checkbox"/> Demenz              | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                       | <input type="checkbox"/> Depression          | <input type="checkbox"/> HIV                   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                          | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Inkontinenz           |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz               | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl | <input type="checkbox"/> Krebs                 |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall           | <input type="checkbox"/> Gehschwäche         | <input type="checkbox"/> Multiple sklerose     |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter                   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Osteoporose           |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus                       | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz    | <input type="checkbox"/> Parkinson             |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges : _____               |  |  |
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten : _____ |  |  |

## 2. Pflegegrad:

- 
- beantragt
- 
- kein
- 
- 0
- 
- 1
- 
- 2
- 
- 3
- 
- 4
- 
- 5

## 3. Pflegedienst:

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst?  ja  nein  geplant

Wie oft? \_\_\_\_\_

Die erbrachten Tätigkeiten von Pflegedienst :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe     | <input type="checkbox"/> Grundpflege               | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Strumpfhose anziehen | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Duschen/ Baden |  |

Der Pflegedienst wird weiter in Anspruch genommen :  ja  nein

Wenn ja, weitere Leistungen des Pflegedienstes :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe     | <input type="checkbox"/> Grundpflege               | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Strumpfhose anziehen | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Duschen/ Baden |  |

## 4. Mobilität / Bewegung:

- |                     |   |   |   |  |
|---------------------|---|---|---|--|
| <b>Fortbewegung</b> | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> mit Begleitung                   | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel                  | <input type="checkbox"/> bettlägerig           |
|                     | <input type="checkbox"/> keine          | <input type="checkbox"/> Stock                            | <input type="checkbox"/> Rollator                         | <input type="checkbox"/> Rollstuhl             |
|                     | <input type="checkbox"/> Bettenlift     | <input type="checkbox"/> Treppenlift                      | <input type="checkbox"/> Wannenlift                       | <input type="checkbox"/> Duschstuhl            |
|                     | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Hebegurt                         | <input type="checkbox"/> Pflegebett mit Dekubitusmatratze |  |
| <b>Treppen</b>      | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> mit Begleitung                   | <input type="checkbox"/> mit Hilfe                        | <input type="checkbox"/> nicht möglich         |
| <b>Transfer</b>     | <input type="checkbox"/> selbstständig  | <input type="checkbox"/> mit Aufsicht                     | <input type="checkbox"/> Hand reichen                     | <input type="checkbox"/> kann sich aufrichten  |
|                     | <input type="checkbox"/> kann stehen    | <input type="checkbox"/> kann sich drehen                 | <input type="checkbox"/> kann sitzen                      | <input type="checkbox"/> kein Transfer möglich |
|                     | <input type="checkbox"/> anheben nötig  | <input type="checkbox"/> Hand geben und hochziehen reicht |   |  |

Genauere Erläuterung: \_\_\_\_\_

## 5. Einschränkungen im Gesundheitszustand:

<b>Sprache:</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Hörvermögen :</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Sehkraft:</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Hörgerät:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Brille:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Geistiger Zustand:</b>	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> teilnahmslos	<input type="checkbox"/> verwirrt
<b>Toilette:</b>	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Teilinkontinenz <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz
<b>Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Katheter
<b>Baden:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
<b>Duschen:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
<b>Intimpflege:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
<b>An- / Auskleiden:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
<b>Essen:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe

## 6. Nächtliche Schlafunterbrechung:

Die betreute Person steht nachts auf:  nein  1 mal  2 mal  öfter

Die Hilfe der Betreuungskraft ist erforderlich :  ja  nein  teilweise

Patient bekommt Schlafmittel :  ja  nein

## 7. Wesen und Charakter des Patienten:

zurückhaltend  freundlich  bestimmend  offen  lieb

andere \_\_\_\_\_

## II. ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL UND RAHMENBEDINGUNGEN

### 1. Anforderungen an das Personal:

<b>Geschlecht :</b>	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal	
<b>Alter :</b>	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 30-40	<input type="checkbox"/> 40-50	<input type="checkbox"/> 50-60
<b>Sprachkenntnisse :</b>	<input type="checkbox"/> gut B2	<input type="checkbox"/> mittel A2-B1	<input type="checkbox"/> geringe A1-A2	
<b>Führerschein :</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gern gesehen	
<b>Raucher :</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur draußen	
<b>Referenzen :</b>	<input type="checkbox"/> ja, wichtig	<input type="checkbox"/> gern gesehen		

### 2. Rahmenbedingungen:

**Wohnort :**  Stadt  Gemeinde  Dorf

**Lage :**  zentral  zentrumsnah  ländlich

**Wohnen :**  Einfamilienhaus  Wohnung  Größe in m2 \_\_\_\_\_

**Einkaufsmöglichkeiten:**

ca 10 min zu Fuß

ca 20-40 min zu Fuß

**Fahrzeuge zur Verfügung der Betreuungskraft:**

Auto

Fahrrad

**Zimmer zur Verfügung der Betreuungskraft:**

Anzahl  Größe   eigenes Bad

**Ausstattung:**

Bett

Radio

TV

Internet

Telefon nach Polen

**Das vorgesehene Haushaltsgeld pro Woche:**

50 €

70-100 €

100-200 €

**Anmerkungen:**

**Freizeit :**  2 St/ Tag  1 Tag/ Woche  2 Halbe Tage/ Woche  nach Absprache

**Haustiere :**  nein  ja :

Hund

Katze

andere

**Es kommt zusätzlich Haushaltshilfe:**

ja

nein

**Wie oft kommt sie?** \_\_\_\_\_

### III. AUFGABENPROFIL DES HAUSHALTES

**Grundversorgung:**

Körperhygiene

Inkontinenzversorgung

**Aktivierende Versorgung:**

An- und Auskleiden

Hilfestellung beim Bewegungsablauf

**Hauswirtschaftliche Versorgung:**

Kochen

Waschen/Bügeln

Reinigung

Einkaufen

Haustierversorgung

**Freizeitgestaltung:**

Unterhalten

Spazieren gehen

Spielen

Ausflüge

### IV. WEITERE RAHMENBEDINGUNGEN

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:**

Bekannte

Internet

Prosperte

andere \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen verstanden und gewissenhaft sowie wahrheitsgenau ausgefüllt habe. Ich erteile mein Einverständnis, dass die in diesem Fragebogen enthaltenen persönlichen Daten im Rahmen meiner Anfrage verwendet werden. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages. Basis für die Beauftragung und Durchführung weiterer Dienstleistungen ist die gültige Preisliste die ausgehändigt wurde.

Datum

Unterschrift

### 1. Krankheitsbild/ Diagnosen:

- |  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien                       | <input type="checkbox"/> Demenz              | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |                                       |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                       | <input type="checkbox"/> Depression          | <input type="checkbox"/> HIV                   | <input type="checkbox"/> PEG Sonde    |
| <input type="checkbox"/> Asthma                          | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Inkontinenz           | <input type="checkbox"/> Rheuma       |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz               | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl | <input type="checkbox"/> Krebs                 | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> chronischer Durchfall           | <input type="checkbox"/> Gehschwäche         | <input type="checkbox"/> Multiple sklerose     | <input type="checkbox"/> Stoma        |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter                   | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Osteoporose           |                                       |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus                       | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz    | <input type="checkbox"/> Parkinson             |                                       |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges : _____               |  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten : _____ |  |  |                                       |

### 2. Pflegegrad:

- beantragt  kein  0  1  2  3  4  5

### 3. Pflegedienst:

Erfolgt eine Versorgung durch den Pflegedienst?  ja  nein  geplant

Wie oft? \_\_\_\_\_

Die erbrachten Tätigkeiten von Pflegedienst:

- Medikamentengabe  Grundpflege  Andere: \_\_\_\_\_
- Strumpfhose anziehen  Hilfe beim Duschen/ Baden

Der Pflegedienst wird weiter in Anspruch genommen:  ja  nein

Wenn ja, weitere Leistungen des Pflegedienstes:

- Medikamentengabe  Grundpflege  Andere: \_\_\_\_\_
- Strumpfhose anziehen  Hilfe beim Duschen/ Baden

### 4. Mobilität / Bewegung:

- Fortbewegung**  selbstständig  mit Begleitung  mit Hilfsmittel  bettlägerig
- keine  Stock  Rollator  Rollstuhl
- Bettenlift  Treppenlift  Wannenlift  Duschstuhl
- Toilettenstuhl  Hebegurt  Pflegebett mit Dekubitusmatratze
- Treppen**  selbstständig  mit Begleitung  mit Hilfe  nicht möglich
- Transfer**  selbstständig  mit Aufsicht  Hand reichen  kann sich aufrichten
- kann stehen  kann sich drehen  kann sitzen  kein Transfer möglich
- anheben nötig  Hand geben und hochziehen reicht

Genauere Erläuterung \_\_\_\_\_

## 5. Einschränkungen im Gesundheitszustand:

<b>Sprache:</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Hörvermögen :</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Sehkraft:</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Hörgerät:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Brille:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Geistiger Zustand:</b>	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> teilnahmslos	<input type="checkbox"/> verwirrt
<b>Toilette:</b>	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Teilinkontinenz <input type="checkbox"/> Vollinkontinenz
<b>Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Katheter
<b>Baden:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
<b>Duschen:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
<b>Intimpflege:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
<b>An- / Auskleiden:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe
<b>Essen:</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplett mit Hilfe

## 6. Nächtliche Schlafunterbrechung:

Die betreute Person steht nachts auf:  nein  1 mal  2 mal  öfter

Die Hilfe der Betreuungskraft ist erforderlich :  ja  nein  teilweise

Patient bekommt Schlafmittel :  ja  nein

## 7. Wesen und Charakter des Patienten:

zurückhaltend  freundlich  bestimmend  offen  lieb

andere \_\_\_\_\_