

Bitte (unbedingt) gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

1. Kontaktperson:

Nachname: _____ Vorname: _____
PLZ Ort: _____ Straße: _____
Telefon (zu Hause): _____ Telefon (geschäftlich): _____
Telefon Mobil: _____ Mail: _____
Telefax: _____ Verwandtschaftsgrad: _____
(zwischen dem Betreuungsbedürftigen und der Kontaktperson)

2. Angaben zur betreuungsbedürftigen Person:

Nachname: _____ Vorname: _____
PLZ Ort: _____ Straße: _____
Telefon: _____ Telefon (Mobil): _____
Telefax: _____ Mail: _____
Geburtsjahr: _____ Hausarzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Raucher: ja nein

Pflegegrad: n.v. 1 2 3 4 5 beantragt

Pflegeversicherung: gesetzlich privat

Sprache: gut eingeschränkt nicht möglich

Sehkräfte: gut eingeschränkt massive Probleme

Hörvermögen: gut eingeschränkt massive Probleme

Brille: ja nein Hörgerät: ja nein

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen: ja nein

Nächtliche Hilfe: nicht erforderlich erforderlich und zwar: 1-2 Mal mehrfach

Bewegung: uneingeschränkt mit Unterstützung bettlägerig

Stehen: uneingeschränkt mit Unterstützung eingeschränkt

Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Transfer Bett/Rollstuhl: selbstständig mit etwas Hilfe komplett hilfsbedürftig

Muss die Betreuungsbedürftige Person gelagert werden: ja nein

Hilfsmittel: Krücken/Stock Rollator Rollstuhl Nachtstuhl

Badewannenlift Dekubitusmatratze Pflegebett

Zeitliche und örtliche Orientierung: gut zeitweise massive Probleme

Geistiger Zustand: klar nicht ansprechbar verwirrt teilnahmslos

Toilette: selbstständig mit Hilfe Teilkontinenz Vollkontinenz

Baden/Duschen: selbstständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

- Krankheiten:**
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) |
-

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten: ja nein

Leidet andere im Haushalt lebende Person an ansteckenden Krankheiten: ja nein

Falls „ja“ welche _____

Kau- u. Schluckstörungen: keine Störungen

Diät: keine wenn ja, welche: _____

Nahrungsaufnahme: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterkommen? ja nein

Pflegedienstleistungen: _____

Hobbys, wenn ja welche: _____

Körperpflege:

Gesicht: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

Körper: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

Gesäß: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

Intimpflege: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

Rasieren: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

Harre waschen/kämmen: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

Mundpflege/Zahnersatz: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

An – und Auskleiden: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung

Zusätzliche Angaben: _____

3. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht: weiblich männlich irrelevant

Pflegeerfahrung: nein ja

Deutschkenntnisse: gut befriedigend ausreichend schwach

Kochkenntnisse: gut befriedigend ausreichend

Raucher: nein (nur im Freien) irrelevant

Alter: 25 – 35 älter als 35 älter als 45 irrelevant

Führerschein wünschenswert nicht erforderlich zwingend erforderlich

Weitere Anforderungen: _____

4. Rahmenbedingungen:

Lage: Stadt Dorf ländlich
Wohnungsart: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus
 Wohnung Wohnfläche ca. _____m²
Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): ca. 10 Min ca. 20 Min mehr als 30 Min
Zimmer für den(die) Betreuer(in): Bett Schrank Tisch Radio TV
Bad/WC für den(die) Betreuer(in): separat zur gemeinsamer Nutzung
Steht der Betreuungskraft Internet zur Verfügung? ja nein wird eingerichtet

5. Arbeits- und Freizeitregelung:

Dauer des Einsatzes: 1 Monat bis 3 Monate dauerhaft
Nachteinsätze: nein wenn ja, wie häufig: _____
Freizeit: 2 h/Tag 1 Tag/Woche nach Absprache

6. Andere Anforderungen:

Einkaufen: nie ab und zu täglich
Kochen / Essenvorbereitung: nie ab und zu täglich
Wäsche waschen: nie ab und zu täglich
Bügeln: nie ab und zu täglich
Haustiere: ja nein wenn ja, welche: _____
Mitversorgung von Haustieren: ja nein
Einfache Gartenpflege: nie ab und zu täglich
Arztbesuche: nie ab und zu täglich
Weitere Anforderungen: _____

7. Sonstiges:

Anzahl der weiteren im Haushalt lebenden Personen: _____ Verwandtschaftsgrad: _____
Fallen für diese Personen Arbeiten an? ja nein
Wenn ja, welche? Hauswirtschaftliche Unterstützung Pflegehilfe
Bei Pflegebedarf weiterer Personen füllen Sie bitte einen neuen Fragebogen aus!

Gewünschter Betreuungsbeginn: _____ Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: _____

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

Ort, Datum und Unterschrift: _____

Tagesablauf der zu betreuenden Person:

Morgens, Vormittags:

Nachmittags, Abends:

Baden Duschen: täglich _____ Mal pro Woche wecken um _____Uhr ausschlafen lassen

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten und deren vertrauliche Behandlung ist für uns eine Selbstverständlichkeit.