

KWH SENIORENBETREUUNG

Mühlhäuser Str. 45
70806 Kornwestheim



INTERNET:

www.pflegehilfe-daheim.de
www.kwh-seniorenbetreuung.de
www.meine-pflegehilfe.de

E-MAIL:

info@meine-pflegehilfe.de

TELEFON: 07154 805695

TELEFAX: 07154 805696

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 (zu Hause): _____ 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

Hilfsmittel: Krücken/Stock Rollator Rollstuhl Nachtstuhl

Badewannenlift Dekubitusmatratze Pflegebett

Weitere Hilfsmittel: _____

Zeitliche und örtliche Orientierung: gut zeitweise massive Probleme

Geistiger Zustand: klar nicht ansprechbar verwirrt teilnahmslos

Toilette: selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Vollinkontinenz

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"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter) | |

Sonstige Krankheiten bzw. ergänzende Angaben: _____

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: _____

Körperpflege:

- | | | | |
|------------------------|--|--|---|
| Gesicht: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung |
| Körper: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung |
| Gesäß: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung |
| Intimpflege: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung |
| Rasieren: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung |
| Harre waschen/kämmen: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung |
| Mundpflege/Zahnersatz: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung |
| An – und Auskleiden: | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung |
| Baden Duschen: | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> _____ Mal pro Woche | |

Wecken um _____ Uhr ausschlafen lassen

Tagesgestaltung: selbstständig unter Anleitung

4. Anforderungen an das Personal:

- | | | | |
|--------------------|---|---|--|
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> irrelevant |
| Pflegerfahrung: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Alter: | <input type="checkbox"/> bis 40 | <input type="checkbox"/> älter als 40 | <input type="checkbox"/> irrelevant |
| Deutschkenntnisse: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> befriedigend | <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> schwach |
| Kochkenntnisse: | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> befriedigend | <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> irrelevant |
| Raucher: | <input type="checkbox"/> nein (nur im Freien) | <input type="checkbox"/> irrelevant | |
| Führerschein | <input type="checkbox"/> wünschenswert | <input type="checkbox"/> nicht erforderlich | <input type="checkbox"/> zwingend erforderlich |

Weitere Anforderungen: _____

5. Rahmenbedingungen:

- | | | |
|--------------|--|--|
| Lage: | <input type="checkbox"/> Stadt | <input type="checkbox"/> Dorf |
| Wohnungsart: | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus |
| | <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Wohnfläche ca. _____ m ² |

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß): ca. 10 Min ca. 20 Min

Zusätzliche Angaben: _____

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
Wird nächtliche Hilfe benötigt? nein ja wenn „ja“, wie häufig: ____ Mal

6. Benötigte hauswirtschaftliche Hilfe:

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: 0 1 2 3 4

Verwandtschaftsgrad: _____

Fallen für diese Personen Arbeiten an? ja nein

Wenn „ja“, welche? Haushaltshilfe Pflegehilfe

Bei Pflegebedarf (Pflegehilfe) weiterer Personen füllen Sie bitte einen neuen Fragebogen aus!

Gewünschter Betreuungsbeginn: _____

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes: 1 bis 3 Monate 3 bis 12 Monate dauerhaft

Eine kurze Beschreibung der betreuungsbedürftigen Person: _____

Gibt oder gab es Interessen oder Hobbys? _____

Was ist Ihnen bei der Betreuung am wichtigsten? _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass KWH Seniorenbetreuung die in diesem Formular erhobenen persönlichen Daten im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet und, soweit es für die Vertragsvermittlung erforderlich ist, an ausländische Kooperationspartner mit Sitz innerhalb der Europäischen Union weitergibt. Außerdem versichere ich, dass ich befugt bin die persönlichen Daten über die pflegebedürftige Person weiterzugeben. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung meiner unverbindlichen Anfrage von KWH Seniorenbetreuung kontaktiert zu werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum und Unterschrift: _____