

KWH SENIORENBETREUUNG

Mühlhäuser Str. 45
70806 Kornwestheim



INTERNET:

www.pflegehilfe-daheim.de
www.meine-pflegehilfe.de
www.kwh-seniorenbetreuung.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/in: ja nein

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

Ist eine Höherstufung absehbar? nein ja

Art der Pflegeversicherung: gesetzlich privat

Gewünschter Betreuungsbeginn: _____

Dauer des Einsatzes: 1 Monat bis 3 Monate dauerhaft

Anzahl weiterer im Haushalt lebender Personen: 0 1 2 3

Verwandtschaftsgrad: _____

Fallen für diese Personen Arbeiten an? ja nein

Falls „ja“, welche? Hauswirtschaftliche Unterstützung Pflegehilfe

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten: ja nein

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

Falls „ja“ welche _____

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

- Zeitliche und örtliche Orientierung: gut zeitweise massive Probleme
- Geistiger Zustand: klar nicht ansprechbar verwirrt teilnahmslos
- Sprache: gut eingeschränkt nicht möglich
- Sehkraft: gut eingeschränkt massive Probleme
- Hörvermögen: gut eingeschränkt massive Probleme
- Brille: ja nein Hörgerät: ja nein
- Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen: ja nein

Wird nächtliche Hilfe benötigt? nicht erforderlich erforderlich 1 Mal erforderlich 2 Mal mehrfach

- Bewegung: uneingeschränkt mit Unterstützung bettlägerig
- Stehen: uneingeschränkt mit Unterstützung eingeschränkt
- Aufstehen/Hinsetzen: selbstständig mit etwas Hilfe vollständig hilfsbedürftig
- Treppensteigen: selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
- Transfer Bett/Rollstuhl: selbstständig mit etwas Hilfe komplett hilfsbedürftig
- Muss die Betreuungsbedürftige Person gelagert werden: ja nein
- Toilette: selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Vollinkontinenz
- Baden/Duschen: selbstständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig
- Hilfsmittel: Krückstock/Gehstock Rollator Rollstuhl
- Rollstuhllampe Pflegebett Badewannenlift Treppenlift
- Lifter Toilettenstuhl Dekubitusmatratze Dauerkatheter

Weitere Hilfsmittel: _____

- Kau- u. Schluckstörungen: keine Störungen
- Nahrungsaufnahme: selbstständig mit Unterstützung mit voller Unterstützung
- Diät: keine Falls „ja“ welche, welche Diät/Ernährung wäre empfehlenswert?: _____

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wenn ja, wird der Pflegedienst weiterkommen? ja nein

Pflegedienstleistungen: _____

Tagesgestaltung: selbstständig unter Anleitung

Tagesablauf:

Sollte die Betreuungskraft den Pflegebedürftigen wecken oder ausschlafen lassen?

wecken ausschlafen lassen Falls wecken, um wieviel Uhr? _____

Eine kurze Beschreibung der Person:

Gibt oder gab es Interessen oder Hobbys?

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten?

3. Grundpflege / Folgende Hilfe wird benötigt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Körperpflege | <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Nahrungsaufnahme |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Hilfe beim Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim Rasieren | <input type="checkbox"/> Intimpflege |
| <input type="checkbox"/> Demenzbetreuung | <input type="checkbox"/> Lagern (bei Bettlägrigkeit) |

Weitere Anforderungen:

4. Haushaltshilfe / Benötigte hauswirtschaftliche Hilfe:

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Einkaufen: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Kochen / Essenvorbereitung: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Wäsche waschen: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Bügeln: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Haustiere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn „ja“, welche: _____ |
| Mitversorgung von Haustieren: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Einfache Gartenpflege: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |
| Arztbesuche: | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> täglich |

Weitere Anforderungen:

5. Anforderungen an das Personal:

- Geschlecht: weiblich männlich irrelevant
- Pflegeerfahrung: nein ja
- Deutschkenntnisse: gut befriedigend/mittel ausreichend
- Kochkenntnisse: gut befriedigend ausreichend
- Raucher: ja (nur im Freien) nein (zwingend) irrelevant
- Führerschein wünschenswert nicht erforderlich zwingend erforderlich
- Alter: bis 45 älter als 45 irrelevant

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

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

Zusätzliche Angaben:

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: _____