

I. Allgemeine Angaben

Vorname der Kontaktperson		Vorname des Patienten:	
Nachname der Kontaktperson		Nachname des Patienten	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
		Geschlecht	
Straße /Nr		Straße/Nr	
Postleitzahl		Postleitzahl	
Ort:		Ort:	
Telefonnummer mit Vorwahl		Telefonnummer mit Vorwahl	
Telefonnummer (Mobil)		Gewicht	
E-Mail		Größe	
Verwandschaftsgrad zudem Patienten		Wohnt der Patient alleine?	

Diagnosen:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> fortgeschrittene Demenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Asthma/Copd | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Krebs/Tumor |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Stoma |
- sonstige:

Pflegegrad:

Falls ja, welcher: 1. 2. 3. 4. 5.

Beantragt: 1. 2. 3. 4. 5.

Pflegedienst:

Erfolgt z.Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst : ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

Wenn ja für welche Tätigkeiten:

Probleme mit der Kommunikation:

Sprache: keine mäßige massive Probleme

Hörvermögen: keine mäßige massive Probleme

Sehkraft: keine mäßige massive Probleme

Hörgerät: ja ja

Brille: ja

Orientierung:

Zeitlich: ja zeitweise massive Probleme

Örtlich: ja zeitweise massive Probleme

Persönlich: ja zeitweise massive Probleme

Bewegung:

selbständig mit Unterstützung/Rollator überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Treppensteigen:

selbständig mit Unterstützung nicht möglich Treppenlift

Transfer Bett / Rollstuhl:

selbständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig /kein Transfer

Pflegebett Lift Rollstuhl Rollator

Körperpflege:

	selbstständig	mit etwas Hilfe/ Anleitung	Vollständige Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Baden / Duschen:

selbständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Urinkontrolle:

kontinent teilweise inkontinent inkontinent

Windeln /Pantys Vorlagen Katheter

Stuhlkontrolle:

kontinent teilweise inkontinent inkontinent

An- / Auskleiden:

selbständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen / Trinken:

selbständig braucht Hilfe z.B. beim Schneiden Essen wird angereicht

Kau- und Schluckstörungen:

keine nur weiche Speisen pürierte Speisen angedickte Getränke

Diät:

keine falls ja, welche:

Isst folgende Lebensmittel gerne:

Isst folgende Lebensmittel nicht gerne:

Darf folgende Lebensmittel nicht zu sich nehmen:

Ein - / Durchschlafen:

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach Rhythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:

schläft durch 1 mal 2 mal 3 mal oder mehr

Braucht der Patient dabei Hilfe: ja gelegentlich zur Zeit nicht

Bekommt der Patient Schlafmittel: ja nein nach Bedarf

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:

klar orientiert teilweise verwirrt stark verwirrt

kooperativ möchte mitentscheiden bestimmend

dankbar zufrieden eher unzufrieden mäkelig

ruhig unruhig lustlos depressiv

humorvoll offen kritisch manchmal aggressiv

unterhält sich gerne eher still stellt häufig die gleichen Fragen

ist gerne alleine hat Angst alleine kann gar nicht alleine bleiben

kann kurz alleine bleiben kann 2-3 Stunden alleine bleiben

Ehemaliger Beruf des Kunden: _____

II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:

- Frau Mann irrelevant

Alter (in Jahren):

- 20-30 30-40 40-50 älter als 50 irrelevant

Führerschein:

- ja, muss sein wäre schön, aber nicht dringend notwendig nein, nicht nötig

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter / innen?

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

- Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige

Einkaufsmöglichkeiten:

- Fuß möglich. mit dem Fahrrad möglich die Familie fährt mit der Betreuerin

Die Entfernung zum nächsten Supermarkt beträgt ca. _____ km

Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / -in:

- eigenes Bad Bett Schrank TV Internetzugang

Bemerkungen:

3. Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere:

- keine wenn ja, welche:
Sollen die Haustiere mitversorgt werden? ja, nur füttern auch Spaziergänge nein

Einkäufe / Kochen

- immer gelegentlich nein

Waschen:

- immer gelegentlich nein

Bügeln:

- immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

- immer gelegentlich nein

Gibt es eine Haushaltshilfe? nein falls ja, wie oft kommt diese in der Woche:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt?

*Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen und Gewissen** wahrheitsgemäß und vollständig sind“*

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift