

## I. Allgemeine Angaben

---

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

### 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:

---

Keiner:

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  nein

Brille:  ja  nein

## **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  Dekubitusmatratze  Rollstuhl  Rollator

## Baden / Duschen:

---

- selbständig                       braucht Hilfe                       vollständig hilfsbedürftig

## 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"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Urinkontrolle:

---

- kontinent                       teilweise inkontinent                       inkontinent
- Windeln                       Vorlagen                       Urinflasche
- Katheter                       suprapubischer 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  2-3 mal  mehr als 3 mal

Braucht der Patient dabei Hilfe:  ja  gelegentlich  zur Zeit nicht

Bekommt der Patient Schlafmittel:  ja  nein  nach Bedarf

## **Aktuelle Therapien:**

---

keine  Krankengymnastik  Logopädie  sonstige

**Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:**

## 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

#### Sprachkenntnisse:

---

- 1 (sehr gut)       2 (gut)               3 (befriedigend)       4 (ausreichend)       5 (schwach)

#### Führerschein:

---

- ja, mit Fahrpraxis                       nein

### 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 (zu Fuß):

---

- ca. 10 min.       ca. 20 min.       ca. 40 min.       1 Stunde       länger als 1 Stunde

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

---

- eigenes Bad               Bett               Tisch               Schrank               TV  
 Internetzugang

Bemerkungen:

### 3. Zusätzliche Voraussetzungen:

#### Haustiere:

---

- keine  wenn ja, welche:  
Sollen die Haustiere mitversorgt werden?  ja  nach Bedarf  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