

Fragebogen zur Pflege

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für Sie unverbindlich und verpflichtet Sie zu keiner Zahlung. Wir benötigen diese Informationen um Ihnen ein detailliertes und verbindliches Angebot unsererseits erstellen zu können.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und ausführlich aus und senden (per Post oder Fax) Sie diesen an uns. Wir werden dann sofort mit der Angebotserstellung beginnen und uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

1. Personendaten

Ansprechpartner / Kontaktperson		Leistungsempfänger	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Straße		Straße	
Hausnummer		Hausnummer	
PLZ Ort		PLZ Ort	
Telefonnummer Haus		Telefonnummer Haus	
Telefonnummer Arbeit		Fax	
Fax		Mobil	
Mobil		E-Mail	
E-Mail		Geburtsdatum	
Verhältnis zum Leistungsempfänger		Große/Gewicht	

Wer soll Vertragspartner werden, der Ansprechpartner oder der Leistungsempfänger?

Ab wann soll die Betreuung stattfinden? _____

Betreuungsdauer: langfristig nur kurze Zeit steht noch nicht fest

2. Angaben zur Pflege

Welche Pflegestufe liegt vor?

- Keine Pflegestufe Pflegestufe erst beantragt Pflegestufe I
 Pflegestufe II Pflegestufe III Härtefall

Ist ein Pflegedienst beauftragt: ja nein

Pflegedienst soll weiterhin kommen: ja nein

3. Weitere bekannte Krankheiten

<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche
<input type="checkbox"/> MS-Patient	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
<input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür)	<input type="checkbox"/> Beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl.	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> künstliche Darmausgang
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaferkrankung	<input type="checkbox"/> Chronische	<input type="checkbox"/> Dauerkathete
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle

sonstige Krankheiten: _____

4. Körperpflege

	Selbständig	Teilweise Selbständig	Unter Anleitung	Komplette Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen/kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Gesundheitsmerkmale

Mobilität: kann alleine laufen kann mit Hilfe anderer laufen Rollstuhl bettlägerig
 Geistiger Zustand: klar dem Alter normal apathisch teilnahmslos verwirrt
 Toilette: selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Vollinkontinenz
 Hörvermögen: ungestört eingeschränkt taub
 Sprachvermögen: ungestört eingeschränkt stumm
 Sehvermögen: ungestört eingeschränkt desorientiert

Bestehen Probleme bei Einschlafen? ja nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben: _____

Bestehen Probleme bei Durchschlafen? ja nein

Ist regelmäßige Nachtarbeit notwendig? ja nein

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf?

1 Mal 2-3 Mal mehr als 3 Mal

Bekommt der Patient Schlafmittel? ja nein

Urinkontrolle:

Kontinent teilweise inkontinent (z.B.: nachts) Inkontinent

Hilfsmittel: Windeln Vorlagen Urinflasche

Katheter suprapubisch. Katheter

Stuhlkontrolle:

Kontinent teilweise inkontinent (z.B.: nachts) Inkontinent
Hilfsmittel: _____

Essen/Trinken:

Selbständig braucht Hilfe z.B.: beim Schneiden komplett hilfsbedürftig

Diät:

keine ja (welche) _____

Kau- und Schluckstörungen:

keine hat Störungen PEG Sonde

6. Aktuelle Therapien:

Keine Krankengymnastik Logopädie Sonstige

Hilfsmittel:

Wohnraum dem Gesundheitszustand des Patienten eingerichtet? ja nein

Welche Hilfsmittel sind bereits in der Wohnung des Patienten vorhanden?

Rollstuhl Rollator Toilettenstuhl Badewannenlifter
 Krankenbett mechanisch elektrisch Personenlifter
 Sonstige _____

7. Angaben zum Haushalt

Art des Haushaltes: Wohnung ca. _____ Haus Haushaltsfläche ca. _____

Ist Gartenpflege erwünscht: ja nein Gartenfläche ca. _____

Ist Haustierpflege erwünscht: ja nein Art des Haustieres _____

Ist ein Auto im Haushalt vorhanden: ja nein

Personenzahl im Haushalt: _____

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ja nein

Falls ja, bitte einen separaten Fragebogen ausfüllen.

8. Angaben zur Tätigkeit

kochen Wäsche waschen bügeln Einkaufen gehen Wohnung /Haus putzen
 Hilfe bei der Körperpflege zum Arzt begleiten gemeinsame Ausflüge Freizeitgestaltung
 Hilfe beim Essen und Trinken Hilfe beim Ankleiden Windeln wechseln aktivierenden Betreuung
Gartenarbeiten Haustiere füttern/spazieren gehen Auto fahren 24 h Rufbereitschaft
 weiteres bitte beschreiben _____

Geschätzte tatsächliche Arbeitszeit / Tag _____ h

Nachtarbeit: nein ab und zu häufig jede Nacht

Welche Hobbys (z.B. Spazieren gehen, Tiere, Schachspielen, Lesen, Opern etc.):

Beschreibung und Aussage, wie die Verpflegung sichergestellt wird (mit Familie, Selbstverpflegung, etc.)

Bemerkungen: _____

Ausstattung des Zimmers für Betreuer/innen:

Bett Tisch Schrank Radio TV eigenes Bad

Und wie der **Freizeitausgleich geregelt werden sollte** (z.B. 1-2 Tage / Woche frei, Stunden / Tag o.ä.,)

Bemerkungen: _____

Stundenweise (3 Std. täglich) 6 Std. alle 2 Tage 9 Std. alle 3 Tage
 zwei halbe Tage pro Woche ein Tag pro Woche ein Tag pro ____

9. Personalanforderungen

Wir versuchen für Sie das bestmögliche Personal zu finden. Es wird versucht Personal mit möglichst guten Deutschkenntnissen zu finden, um eine Verständigung zu gewährleisten. Sie können hier nun Ihre Wünsche angeben, wir werden versuchen, diese weitgehend zu erfüllen.

Geschlecht: weiblich männlich 2 Personen egal

Deutschkenntnisse: gut kommunikativ Grundstufe egal

Pflegeerfahrung: nein ja Krankenpflegerhelfer/in Krankenpfleger/in

Kochkenntnisse: ja nein egal

Raucher: ja nein egal (nicht zu Hause)

Platz für weitere Details, die für die Betreuung von Bedeutung sein könnten oder für Wünsche an die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungskraft:
(z.B. kräftige Person, Alter, evtl. Hobbys, Tierliebe etc.; bitte in der Reihenfolge der Wichtigkeit)

Ich bin damit einverstanden, die Kosten für eine Hin- und Rückfahrt pro Quartal in Höhe von ca. 150,- € pro Fahrt zu übernehmen.

ja nein

10. Sonstiges

Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:

Wir können Ihnen versichern, dass die von Ihnen gemachten Angaben an keinen Dritten weiter gegeben werden und auch vertraulich behandelt werden.

Ort, Datum

Auftraggeber