|  |
| --- |
| **Kontaktperson** |
| **Anrede** | ☐Frau | ☐Mann |
| **Nachname** |  |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **PLZ (Bitte die Postleitzahl des Enisatzortes eintragen)** |  |
| **Ort (Bitte den Einsatzort eintragen)** |  |
| **Straße** |  |
| **Email für Kontaktaufnahme** |  |
| **Telefonnummer mit Vorwahl (privat)** |  |
| **Handy** |  |
| **Verwandschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson** |  |
| **Einsatzbeginn** |  |
| **Vorausgesehene Einsatzdauer** |  |
| **Wer soll Vertragspartner werden** | ☐Kontaktperson | ☐der Patient |
| **Angaben zum Patienten** |
| **Anrede** | ☐Frau | ☐Mann |
| **Nachname** |  |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **PLZ (Bitte die Postleitzahl des Enisatzortes eintragen)** |  |
| **Ort (Bitte den Einsatzort eintragen)** |  |
| **Straße** |  |
| **Telefonnummermit Vorwahl(privat)** |  |
| **Handy** |  |
| **Gewicht** |  |
| **Größe** |  |
| **Wohnt der Patient alleine?** |  |
| **Braucht auch ein anderes Familienglied Pflegehilfe?** | Falls ja, füllen Sie bitte noch einen Fragebogen. |
| **Pflegegrade** | ☐Pflegegrad 1+2 | ☐Pflegegrad 3 | ☐Pflegegrad 4 | ☐Pflegegrad 5 |
| **Erfolgt z.Zt. Versorgung durch Pflegedienst?** | ☐nein | ☐ja |
| **Wie oft?** |  |
| **Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?** |  |
| **Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden?** | ☐nein | ☐ja |
| Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen! |
| **Gibt es eine Haushaltshilfe?** | ☐nein | ☐ja |
| **Überwachung in der Nacht** | ☐nein | ☐ja |
| **Wenn ja, wie sollte diese ablaufen?** |  |
| **Nachtruhe** | ☐ ungestört☐ oft erhebliche Unruhe | ☐ gelegentlich gestört☐regelmäßige nächtliche Betreuung |
| **Gesundheitsmerkmale** |
| ☐altersbedingte Gehschwäche | ☐Inkontinenz | ☐beginnende Demenz | ☐Demenz |
| ☐Alzheimer | ☐Depression | ☐geistig behindert | ☐MS-Patient | ☐gehbehindert |
| ☐Probleme mit der Speiseröhre | ☐bettlägerig | ☐Dauerkatheter | ☐Diabetes |
| ☐Dekubitus, (Druckgeschwür) | ☐Bluthochdruck | ☐Stoma (Darmausgang/Urinausleitung |
| ☐Herz-Kreislauferkrankung | ☐Schlaganfall | ☐Tumor | ☐Parkinson |
| ☐sonstige Krankheiten, bitte erläutern: |  |
| **Probleme in der Kommunikation** |
| **Sprache** | ☐keine  | ☐mäßige  | ☐massive Probleme |
| **Hörvermögen** | ☐keine  | ☐mäßige  | ☐massive Probleme |
| **Sehkraft** | ☐keine  | ☐mäßige  | ☐massive Probleme |
| **Bewegung** | ☐ selbstständig☐ überwiegend mit Rollstuhl  | ☐ mit Hilfe☐ bettlägerig |
| **Die betreute Person muss angehoben werden** |  |
| **Die betreute Person kann mithelfen** |  |
| **Es bestehen Hilfsmittel:** |
| ☐Hebegurt | ☐Hebesitz | ☐Patientenlift | ☐andere Hilfsmittel in der Wohnung: |
| **Wohnung, Haus , Flächen zum Sauberhalten**(qm) |
| ☐Stadt, ca Einwohner/nächste größere Stadt:  |
| ☐Dorf, nächste größere Stadt**:** km entfernt, erreichbar mit |
| **Haustiere, wenn ja, welche** |  |
| **Hobbys** |  |
| **Tagesablaufbeschreibung (Rituale, Aufstehen, Zubettgehen, Baden/Duschen, Sonstiges)** |
|  |
| **Ihre Wünsche bezüglich der Betreuungskraft** |
| **Geschlecht** | ☐Frau | ☐Mann | ☐egal |
| **Alter** | ☐20-30  | ☐älter als 30 | ☐älter als 40  | ☐älter als 50  |
| ☐irrelevant |
| **Deutschsprachkenntnisse** | ☐schwach (verstehen einzelne Wörter)☐befriedigend (sprechen nicht grammatisch)☐gut (Unterhaltungmöglich) |
| **Rauchen** | ☐ ja☐ nein | ☐ ja aber nur draußen☐ irrelevant |
| **Führerschein** | ☐wünschenswert | ☐nicht erforderlich |
| **Arbeit im Haushalt** | ☐Wohnungsreinigung ☐Kochen (für wie viel Personen?) ☐Waschen ☐Einkaufen ☐Bügeln☐andere (bitte auflisten) |
| **Pflichten als Betreuerin** |  |
| **tägliche Hilfe beim**  | ☐Waschen☐Ankleiden ☐Nahrungsaufnahme☐Wechseln der Windeln (bei Inkontinenz)☐aktivierende Betreuung |
| ☐spazieren gehen: | ☐mit Gehhilfe | ☐im Rollstuhl |
| ☐andere (bitte ausführen) |
| **Welche weitere Erwartungen stellen Sie an Betreuungskraft?** |
|  |
| **Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft** |
| ☐eigenes Zimmer | ☐Bett | ☐Tisch | ☐Schrank | ☐Internetzugang | ☐Computer | ☐TV | ☐Radio |
| **Freizeit (je nach Möglichkeit und Absprache)** |
| ☐Stundenweise täglich Freizeit (minimum 2 - 3 Stunden/Tag sind Vorraussetzung)☐ein freier Tag/in der Woche (freiwillig)☐ein freies Wochenende pro Monat (freiwillig) |
| **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** |
|  |