|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |