

Gesundheitsmerkmale (Anamnese):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> MS-Patient |
| <input type="checkbox"/> Altersschwäche | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Druckgeschwür | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Künstliche Darmausgang | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Lähmung | <input type="checkbox"/> Tumor |

Sonstige Krankheiten, bitte beschreiben:
Kommunikation möglich?

- | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Sprache | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Sehkraft | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht |

Orientierung vorhanden?

- ja zeitweise keine

Mobilität:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> überwiegend im Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |

Transfer Bett/Rollstuhl:

- selbständig
 hilft mit (kann stehen)
 komplett hilfsbedürftig

Treppensteigen:

- selbständig
 mit Unterstützung
 nicht möglich

Hilfsmittel in der Wohnung:

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Krankenbett | <input type="checkbox"/> Badewanne-Lift | <input type="checkbox"/> Treppenlift |

Urin-Kontrolle:

- kontinent inkontinent Windeln Katheter

Stuhl-Kontrolle:

- kontinent inkontinent chronische Durchfälle

Braucht die betreuungsbedürftige Person Hilfestellung in der Nacht? (22:00 - 6:00 Uhr)

- ja nein

Falls ja, wie oft? Bitte beschreiben:

Betreuung / Hilfestellung bei:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> Essen/Trinken |
| <input type="checkbox"/> Windeln wechseln | <input type="checkbox"/> Spaziergehen | <input type="checkbox"/> Baden/Duschen |
| <input type="checkbox"/> kochen | <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Wäschepflege |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung | <input type="checkbox"/> leichte Gartenarbeit | <input type="checkbox"/> Mobilität |
| | z. B. Blumen gießen | <input type="checkbox"/> Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> soziale Aktivitäten
(Feiern, Feste, Theater) | <input type="checkbox"/> besondere Aufgaben
Arztbesuche,
Bankgeschäfte | <input type="checkbox"/> Haustierversorgung |

Diät:

- keine ja Welche ?

Sonstige Wünsche:

.....

Tagesablaufbeschreibung: (Rituale, Aufstehen, Zubettgehen, individuelle Hilfestellung, Sonstiges)

Hobbies, Vorlieben:

3. Rahmenbedingungen:

Lage:

- Großstadt zentral Großstadt abgelegen Kleinstadt Dorf Ländlich

- Einkaufsmöglichkeit Nutzungsmöglichkeit eines PKW Öffentlicher Verkehrsmittel

- Einkaufsmöglichkeit (zu Fuß) ca.10 min. ca. 20 min. länger Wie lange?

Besondere Risikobereiche in der Wohnumgebung:

- Gasherd
 ungesicherte Treppen
 Türen

- Haustiere ja nein

Wenn ja, welche Haustiere haben Sie?

4. Unterkunft der Betreuungskraft:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer | <input type="checkbox"/> eigenes Bad |
| <input type="checkbox"/> Badmitbenutzung | <input type="checkbox"/> eigenes Fernsehen |
| <input type="checkbox"/> Telefonnutzung / countryflat | <input type="checkbox"/> Internet |

5. Wie wird der Freizeitausgleich geregelt?

Vorraussetzung

freiwillig

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2-3 Stunden pro Tag | <input type="checkbox"/> 1 x 1/2 Tag oder 1 x 1 Tag in der Woche |
|--|--|

6. Leistungen des Auftraggebers: (bei stets freier Kost und Logis für die Betreuungskraft)

Finanzielle Vorstellungen Brutto (monatlich)

* Die Kosten gelten für die **Betreuung von einer Person** und sind u.a. davon abhängig, welche Tätigkeiten tagsüber zu erledigen sind, ob nächtliche Hilfestellungen erforderlich sind und welche **Sprach- und Pflegekenntnisse** von der Betreuungskraft erwartet werden.

KONTAKTDATEN

Kontaktperson:

Vorname _____

Name _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Fax _____

Email _____

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person: _____

Patient:

Vorname _____

Name _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Wer ist der Auftraggeber?

- Kontaktperson Patient

Wer ist der Rechnungsempfänger?

- Kontaktperson Patient

Der nächste größere Bahnhof / Busbahnhof ist in:

Leben im Haushalt der betreuungsbedürftigen Person weitere Personen (z.B. Ehefrau/Ehemann, Angehörige?)

- ja nein Falls ja: Vorname, Name:..... Alter:

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:

Ist es gewünscht, dass die weitere im Haushalt lebende - **nicht pflegebedürftige Person**, von der Betreuungskraft auch unterstützt wird?

ja nein

Falls eine zweite im Haushalt lebende pflegebedürftige Person betreut / unterstützt werden soll, bitten wir Sie, einen **zweiten Fragebogen** auszufüllen.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen.

Ort Datum Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Internetseite GOOGLE Anzeige Internet Suchmaschine

Wir sichern Ihnen zu, dass die von Ihnen gemachten Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet werden. Anfrageformular ist ein Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.