

Esther

Pflegekräftevermittlung

tel.01573 2951349

FRAGEBOGEN

1.Allgemeine Angaben

Beginn der Leistung:

Angaben zur Kontaktperson

Name:

Vorname:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefonnummer:

Mobil:

Email-Adresse:

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und Kontaktperson:

Angaben zum Hilfebedürftigen

Name:

Vorname:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefonnummer:

Mobil:

Email-Adresse:

Größe:

Gewicht:

Wohnt der Patient alleine? ja

nein

Wenn nein:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Verwandtschaftsgrad:

Pflegebedürftigkeit: ja nein

Diagnosen:

altersbedingte Gehschwäche Asthma beginnende Demenz Diabetes
 Schlaganfall Dekubitus Demenz
 Herzrhythmusstörung Osteoporose Alzheimer Allergien
 Rheuma Parkinson chronische Durchfälle
 Hypertonie Stoma Depression Tumor
 Herzinfarkt Inkontinenz Multiple Sklerose

Pflegestufen:

Keine:

Wenn ja, welche: 0 1 2 3

Beantragt: 0 1 2 3

Pflegedienst:

Erfolgt z Zt. Versorgung durch Pflegedienst: ja nein

Wie oft täglich: _____

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst: _____

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

Probleme in der Kommunikation:

Sprache: keine mäßige massive Probleme

Hörvermögen: keine mäßige massive Probleme

Sehkraft: keine mäßige massive Probleme

Hörgerät: ja nein

Brille: ja nein

Probleme in der Orientierung:

Zeitliche: __keine __zeitweise __massive Probleme
Örtliche: __keine __zeitweise __massive Probleme
Persönliche: __keine __zeitweise __massive Probleme
Situativ: __keine __zeitweise __massive Probleme

Bewegung:

__selbständig __mit Unterstützung __überwiegend im Rollstuhl __bettlägerig
Hilfsmittel:_____

Treppensteigen:

__selbständig __mit Unterstützung __nicht möglich
Hilfsmittel:_____

Transfer Bett/Rollstuhl:

__selbständig __hilft mit __komplett hilfsbedürftig __bettlägerig/kein Transfer
Hilfsmittel:_____

__Pflegebett __Lift __Dekubitus Matratze __Rollstuhl __Rollator

Baden/Duschen:

__selbständig __braucht Hilfe __komplett hilfsbedürftig

__Badewannenlift __Duschstuhl/Hocker __Körperpflege im Bett

Sonstige:_____

Körperpflege:

selbstständig teilweise unter Anleitung komplette Unterstützung

Gesicht: ___ ___ ___ ___
Mundpflege ___ ___ ___ ___
Gesäß/Beine: ___ ___ ___ ___
Intimpflege: ___ ___ ___ ___
Rasieren: ___ ___ ___ ___

Urinkontrolle:

___Kontinent ___teilweise Kontinent ___Inkontinenz
 ___Vorlagen ___Urinflasche
___Katheter

An/Auskleiden:

___selbständig ___braucht Hilfe ___komplett hilfsbedürftig

Essen/Trinken:

___selbständig ___braucht Hilfe(z.B. bei Schneiden) ___komplett hilfsbedürftig

Kau-und Schluckstörungen:

___keine ___Störungen ___PEG Sonde
___Nahrungskarenz ___Trinkkarenz

Muss eingekauft oder gekocht werden: ___immer ___an und zu ___nein

Bemerkungen zum Essen:

z.B. Lieblingsspeisen, Allergien, etc.

2. Anforderungen an das Personal

Geschlecht: Frau Mann keine Präferenz

Alter: 20-30 30-40 40-50 alter als 50 keine Präferenz

Sprachkenntnisse:

Sehr gute Kommunikation

Gute Kommunikation

Einfache Unterhaltung

Einfache Verständigung

Grundvokabular

Einzelne Vokabeln

Führerschein: ja, mit Fahrpraxis nein

Raucher/in: ja nein keine Präferenz

Welche Erwartungen und Vorstellungen haben Sie an unsere Mitarbeiter/innen:

3. Rahmenbedingungen

Wohnlage:

Großstadt-zentral Großstadt –abgelegen Kleinstadt Dorf Ländlich

Wohnsituation:

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige _____

Einkaufsmöglichkeit

ca.10min zu Fuß ca.20min zu Fuß ca.40min zu Fuß 1 Stunde zu Fuß

>1 Stunde zu Fuß

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiter/In:

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio/TV Internet/WLAN

sonstige Ausstattung _____

Zusätzliche Aufgaben:

Waschen immer ab und zu nie

Bügeln immer ab und zu nie

Begleitung beim Arzt immer ab und zu nie

Gibt es eine Haushaltshilfe? Ja Nein

Wenn *ja*, wie oft kommt diese zum Einsatz: _____

Benötigt der Patient weitere Hilfe im Haushalt: _____

Haustiere keine wenn *ja*, welche: _____

Sollen die Haustiere mitversorgt werden? ja nach Bedarf nein

4. Weitere Informationen

Beginn und Dauer:

Betreuungsbeginn __umgehend __nächster Monat __Wunschtermin

Dauer und Betreuung __4 Wochen __1-3 Monate __ länger als Monate

Beschreibung Tagesablauf

Morgens:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort/Datum

Unterschrift

Diese Fragebogen wird ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Bitte füllen Sie ihn ausführlich und vollständig aus. Der Fragebogen selbst ist selbstverständlich unverbindlich. Ihre Angaben und Informationen werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Haben Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen?

Ich helfe Ihnen gerne weiter und stehe für Sie zur Verfügung.