

# FRAGEBOGEN - Pflegevermittlungsagentur VereVivitCare - M.Domoradzki

.....  
Ort, Datum

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Geschlecht:  Mann  Frau

Name und Vorname:

Anschrift mit PLZ:

Geburtsdatum:

Größe und Gewicht:

Mit wem wohnen Sie?

Auftraggeber/in (Kontaktperson):

Name und Vorname:

Anschrift mit PLZ:

Telefon:

E-Mail:

Gesundheitszustand:

Pflegegrade:  1  2  3  4  5  
(ab 2017)

Ist der Patient/die Patientin durch den Pflegedienst versorgt?  ja  nein

Wie oft täglich?

Wer ist der ambulante Pflegedienst?

Die Tätigkeiten des Pflegedienstes:

Soll der Pflegedienst weitergeführt oder beantragt werden?  ja  nein

**Krankheiten / Beschwerden:**

Aggression

Arthrose

Beginnende Demenz

Depression

Herzinfarkt

Hörprobleme

Hypertonie

Multiple Sklerose

Parkinson

Alzheimer

Asthma

Dekubitus

Diabetes

Herzinsuffizienz

Herzrhythmusstörungen

Inkontinenz

Osteoporose

Rheuma

Sonstige:





Allergien:

Krebserkrankungen:

Schlaganfall, Beeinträchtigungen:

## Mobilität

voll  eingeschränkt  bettlägerig

Wenn eingeschränkt, welche Hilfsmittel sind verfügbar?

Rollator  Rollstuhl  Krücken  Stock Sonstige:

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe beim Transfer vom Bett?

ja  nein  manchmal

Wenn ja, bitte genauer beschreiben (inkl. Hilfsmittel):

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe beim Treppeneinsteigen?

ja  nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben (inkl. Hilfsmittel):

## Körperpflege

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe bei der Körperpflege?  ja  nein

Wenn ja, bitte wählen:

Gesicht  Mundpflege  Oberkörper  Gesäß / Beine  
 Intimsphäre  Haare waschen  Haare kämmen  Handpflege  
 Fußpflege  Rasieren

Hilft der Patient / die Patientin mit?  ja  nein



## Baden / Duschen

Wie oft?  täglich  wöchentlich

Hilft der Patient / die Patientin mit?  ja  nein

## Inkontinenz

### Urinkontrolle

kontinent  inkontinent  manchmal inkontinent

Welche Hilfsmittel sind verfügbar?

Windeln  Vorlagen  Urinflasche  Toilettenstuhl

Katheter  Bettpfanne

### Stuhlkontrolle

kontinent  inkontinent  manchmal inkontinent

Welche Hilfsmittel sind verfügbar?

Windeln  Vorlagen  Bettpfanne  Toilettenstuhl

künstlicher Darmausgang

## Weitere Pflege

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe beim An- und Auskleiden?  ja  nein

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe beim Essen / Trinken (z.B. Schneiden)?  ja  nein

Hat der Patient / die Patientin Kaustörungen?  ja  nein

Hat der Patient / die Patientin Schluckstörungen?  ja  nein

Braucht der Patient / die Patientin eine Diät?  ja  nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben:

## Nachtarbeit

Ist regelmäßige Nachtarbeit nötig?  ja  nein

Wenn ja, bitte genauer bechreiben:

Bekommt der Patient/die Patientin Schlafmittel?  ja  nein



## Freizeit für die Betreuungskraft

regelmäßig, 2 Stunden pro Tag und mindestens ein halb Tag pro Woche

unregelmäßig, nach Vereinbarung (bitte beschreiben):

## Was soll eine Betreuungskraft außer der 24-Std. Pflege tun?

Kochen

Waschen

Bügeln

Reinigen

Blumen gießen

kleine Gartenarbeit

Haustiere versorgen (welche?)

Andere:

Soll die Kraft regelmäßig Auto fahren?  ja  nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben:

## Bitte beschreiben Sie kurz den Patient/die Patientin (z.B Charakter, Hobbys, Tagesablauf):

## Wohnsituation

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung

m<sup>2</sup>:

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

bis 10 Minuten

bis 20 Minuten

bis 45 Minuten

ca. 1 Stunde

länger als 1 Stunde

Das Zimmer für die Kraft:

eigenes Bad

Radio

TV

Internet

Andere:



## Dauer der Unterstützung

- 1-2 Monate       3-6 Monate       dauerhaft

Beginn der Unterstützung:

## Niveaustufe der Sprachkenntnisse der Betreuerin\*

- keine       A1       A2       B1       B2

\*Niveaustufen der Kenntnisse von Fremdsprachen stammen aus dem so genannten "Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GERS)" des Europarats.

Der Europäische Referenzrahmen teilt auch alle wichtigen europäischen Sprachtests in die sechs Schwierigkeitsstufen: A1, A2, B1, B2, C1 und C2 ein.

A1 - Anfänger, A2 - grundlegende Kenntnisse, B1 - fortgeschrittene Sprachverwendung, B2 - selbständige Sprachverwendung, C1 - fachkundige Sprachkenntnisse, C2 - annähernd muttersprachliche Kenntnisse

## Haben Sie vielleicht andere Wünsche?

## Wie haben Sie von uns erfahren?

- Internet       Flyer       Empfehlung       Sonstiges .....

.....  
*Ort, Datum*

.....  
*Unterschrift*