

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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aggression | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Hörprobleme | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> 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

m²:

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