



BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSSFÜLLEN

1. KONTAKTPERSON

Name:
Vorname:
Verwandtschaft mit der zu betreuenden Person:.....
Straße:
PLZ/ORT:
Telefon:
E-mail:

2. ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON

Name/ Vorname:
Geburtsdatum:
Größe:
Gewicht:
Straße:
PLZ/ ORT:
Telefon:

3. PFELEGESTUFE:

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> oder beantragte Stufe: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	

4. LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Schlaganfall __re __li
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche	Sonstige Krankheiten oder Behinderungen:	

5. GRUNDSÄTZLICHE FRAGEN:

a)	Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
b)	Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
c)	Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
d)	Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
e)	Leidet die zu betreuende Person an die Schlafstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
f)	Mit wem wohnt die zu betreuende Person zusammen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
g)	Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
h)	Ist die zu betreuende Person ein Raucher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
i)	Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
j)	Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie oft täglich? Für welche Tätigkeiten?			



Ich erkläre hiermit, dass die zu betreuende Person, und alle Mitbewohner, nicht an ansteckenden Krankheiten leiden.

.....
Unterschrift

6. KOMMUNIKATION/ ORIENTIERUNG:

6.1	Hören	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
6.2	Sehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
6.3	Sprechen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
6.4	Orientierung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
6.5	Zeitlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
6.6	Örtlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
6.7	Persönlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
6.8	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	Sonstige

7. SICH BEWEGEN:

7.1	Gehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
7.2	Stehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Bemerkungen :				

7.3 HILFSMITTEL:

<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Dekubitus Matratze
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Badewannenlift
<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Sonstige

8. HYGIENE:

8.1	Duschen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
8.2	Hautpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
8.3	Mundpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
8.4	Haarpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
8.5	Intimpfleg	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
8.6	Handpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
8.7	Fußpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
8.8	Rasieren	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

9. ESSEN UND TRINKEN

9.1	Essen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
9.2	Trinken	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
9.3	Kauen und Schlucken	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
9.4	PEG Sonde	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
9.5	Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
9.6	Kost	<input type="checkbox"/> Vollwert	<input type="checkbox"/> Vegetarisch	<input type="checkbox"/> Adipös



10. AUSSCHIEDUNGEN

10.1	Urinikontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
10.2	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
10.3	Kauen und Schlucken	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
10.4	PEG Sonde	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
10.5	Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
10.6	Kost	<input type="checkbox"/> Vollwert	<input type="checkbox"/> Vegetarisch	<input type="checkbox"/> Adipös

10.7 HILFSMITTEL

Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Urinflasche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Windeln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorlagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

11. SICH KLEIDEN

11.1	Ankleiden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
11.2	Auskleiden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

12. SCHLAFEN

Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente :	
	

13. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Musiktherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Logopädie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

14. HOBBY UND CHARAKTER:

Beschreiben Sie bitte in ein paar Worten den Charakter der zu betreuenden Person:

.....

.....

.....

15. ANGABEN ZUR GEWÜNSCHTEN BETREUNGSKRAFT:

15.1	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> Irrelevant
15.2	Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

16. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT DER BETREUUNGSKRAFT:

<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Einkaufen gehen	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen
<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Spazieren gehen	<input type="checkbox"/> Freizeit
<input type="checkbox"/> Haustiere versorgen	Falls ja, welche :	



16.1 SONDERLEISTUNGEN:

<input type="checkbox"/>	Führerschein PKW und Fahrtätigkeit	ab 200€
<input type="checkbox"/>	Erweiterte Reinigungsarbeiten/Hausmeisterliche Tätigkeiten	ab 300€
<input type="checkbox"/>	Paliativbetreuung	ab 250 €
<input type="checkbox"/>	Organisierte Ausflüge	nach Absprache
<input type="checkbox"/>	Partner Vermittlung- „dritter Frühling“	nach Absprache

17. BESCHREIBUNG DER UNTERKUNFT

<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Ländlich / Dorf
<input type="checkbox"/> In einem Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Ein Familien Haus	<input type="checkbox"/> Mit Garten
Sonstige:		

17.1 ZIMMERAUSSTATUNG FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT:

<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> TV
<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Internetzugang	<input type="checkbox"/> Computer

17.2 EINKAUFSMÖGLICHKEITEN: (ZU FUSS)

<input type="checkbox"/> ca. 10 Min.	<input type="checkbox"/> ca. 20 Min.	<input type="checkbox"/> ca. 30 Min.	<input type="checkbox"/> Wird von der Familie erledigt
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

SPRACHKENNTNISSE DER BETREUUNGSKRAFT:

STANDARD A

- Die Betreuungskraft verfügt über die Grundkenntnisse der deutschen Sprache
- Kommunikation mit Grundwortschatz möglich
- versteht kurze und einfache Fragen und kann diese beantworten

STANDARD B

Die Betreuungskraft verfügt über einen Grundwortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich,

- Die Verständigung mit der Betreuungskraft ist in Sätzen möglich

STANDARD C

- Die Betreuungskraft verfügt über einen erweiterten Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich,
- Die Verständigung mit der Betreuungskraft ist in Sätzen möglich,
- Die Betreuungskraft versteht die an sie gerichteten Fragen und kann diese beantworten.

STANDARD D

- Die Betreuungskraft verfügt über einen umfangreichen Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich,
- Die Verständigung mit der Betreuungskraft in ganzen Sätzen möglich
- Die Betreuungskraft versteht die an sie gerichteten Fragen, kann diese beantworten und ist in der Lage, eine Unterhaltung zu führen
- Sie verfügt über einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache und meistert Alltagssituationen und Gespräche.

Beachten Sie bitte, dass die jeweiligen sprachlichen Kompetenzen einer Betreuungskraft im großen Maße von ihrer Persönlichkeit und Erfahrung abhängig sind.

Alle Uns zur Verfügung gestellte Aussagen und Angaben unterliegen dem Datenschutzgesetz (DSG) und werden nicht an dritte weitergeleitet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kunden