



FRAGEBOGEN ZUR VERMITTLUNG VON PFLEGEUNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN

DATUM :

Wir bitten Sie diesen Fragebogen so detailliert und leserlich wie möglich auszufüllen. Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns an **04749-540**

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name:		Vorname :	
Anschrift mit PLZ :			Geburtsdatum:
Tel/Handy :	Fax :	Email:	
Wohnt der Patient alleine? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gewicht der zu pflegenden Person:			
Größe der zu pflegenden Person:			

Angaben zu Ansprechpersonen / Angehörigen

1.Name :		Vorname :	
Anschrift mit PLZ			
Handy:	Telefonnummer:	Email:	
2.Name:		Vorname:	
Anschrift mit PLZ:			
Handy:	Telefonnummer:	Email:	
Angehörigen : <input type="checkbox"/> leben im gemeinsamen Haushalt			

Gesundheitsmerkmale :

<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Stoma (Darmausgang oder Urinausleitung)
<input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür)	<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit
<input type="checkbox"/> Geistig behindert	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> allergische Krankheiten	<input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre
<input type="checkbox"/> eine spezielle Diät	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie)
<input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> MS Patient	<input type="checkbox"/> Diabetes Insulinpflichtig
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Lähmung
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Kreislaufkrankheiten
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Asthma
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt

Inkontinenz

Falls ja: Wechseln der Windeln Vorlagen Dauerkatheter Stuhlinkontinenz

Sonstige Krankheiten, bitte erläutern:

Motorische Einschränkungen

Bewegung: selbstständig mit Unterstützung im Rollstuhl bettlägerig

Transfer Bett/ Rollstuhl selbstständig mit Unterstützung komplett hilfsbedürftig bettlägerig

Baden/ Duschen: selbstständig mit Unterstützung komplett hilfsbedürftig

An-/ Auskleiden: selbstständig mit Unterstützung komplett hilfsbedürftig

Leichte **Demenz** Mittelgradige **Demenz** Schwere **Demenz**

Falls ja: DESORIENTIERUNG: zur Zeit zur Person zum Ort

Kommunikationsfähigkeit:

vollständig erhalten

eingeschränkt bezüglich: Sehen Hören Sprechen Verstehen

Pflegegrade:

Keine

Wenn, ja welche: 1. 2. 3. 4. 5.

Beantragt: 1. 2. 3. 4. 5.

WEITERE INFORMATIONEN :

Nachtarbeit:

Ist regelmäßig nächtliche Versorgung erforderlich? Ja Nein

Wenn ja, wie ist der Versorgungsbedarf? ca. mal, Dauer je ca. Min.

Bestehen besondere Anforderungen an die nächtliche Versorgung? Falls ja bitte erläutern:

Vorhandene Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator Hebegurt Hebesitz

Badewannenlift Treppenlift Toilettensitz Pflegebett

Sonstige:

Arbeit zum Haushalt:

Haus Wohnung Flächen zum sauber halten

Stadt - ca. Einwohner / nächste größere Stadt:

Dorf - die nächste größere Stadt km entfernt, erreichbar mit Bus/Zug

Haustiere - wenn ja, welche

Zusätzliche Ausstattung des Zimmers der Betreuerin: eigenes Bad TV Internetzugang Flatrate

Falls **kein Internet** vorhanden ist, bitten wir Sie dieses in irgendeiner Form für die Betreuungskraft bereit zu stellen.

Anmerkungen:

.....

Arbeit im Haushalt:

- Grundreinigung bei Eintreffen notwendig (muss extra berechnet werden)
- Kochen (für wie viel Personen?) Bügeln
- Saubermachen Haustierversorgung
- Waschen Einkaufen
- andere (bitte auflisten):

Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt:

.....

Anfallende Pflichten der Betreuerin (außer typischer Haushaltstätigkeiten)

Tägliche Hilfe beim : Waschen Ankleiden Nahrungsaufnahme

Leichte pflegerische Tätigkeiten :

.....

- Aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung)
 - Begleitung zur Kulturveranstaltungen (Kino, Konzerte, Familienfeste, andere.....)
 - Terminvereinbarungen mit den Ärzten; Begleitung bei Arztbesuchen
 - Sportliche Aktivitäten (regelmäßige Gymnastik-Übungen, Spaziergänge, andere.....)
 - Andere Leistungen (bitte genau ausführen) :
-

Erwartungen an die polnische Betreuerin (mit Verständigungsmöglichkeit)

Einsatzbeginn:

Geschlecht (vorzugsweise): egal weiblich männlich
Kräftige Person: egal ja, weil schwergewichtiger Patient
Sprachkenntnisse: ausreichend befriedigend gut sehr gut

Anmerkungen:

.....

Einsatz anderer Pflegedienste

- Es wird derzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen.
Werden außer der polnischen Betreuerin noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig ?
 nein ja, und zwar
- Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt

Bitte geben Sie hier Anschrift und Leistungen an:

Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!

Zweite Person zu betreuen: ja nein

Gesundheitsmerkmale :

.....

.....

.....

Anfallende Pflichten der Betreuerin:

.....

.....

.....

Zusätzliche Informationen

Wie sind Sie auf die 24 Stundenpflege Niemeyer aufmerksam geworden?

Internet : unsere Homepage Suchmaschine (Google etc.)

Empfehlung durch :

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung.

Hiermit willige ich die Erhebung und die Verarbeitung meiner personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten durch die Firma 24 Stundenpflege Niemeyer und Ihren Kooperationspartnern, zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir und zum Zweck der Unterbreitung eines ausführlichen Angebots für Betreuungsdienstleistungen ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit der mit diesem Aufnahmebogen gemachten Angaben.

.....
Datum und Ort

.....
Unterschrift