

I. Allgemeine Angaben

Name der Kontaktperson:		Name des Patienten:	
Vorname der Kontaktperson:		Vorname des Patienten:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	

Adresse:

Straße:		Straße:	
Hausnummer:		Hausnummer:	
PLZ:		PLZ:	
Ort:		Ort:	
Postfach:		Postfach:	
Telefonnummer (Haus):		Telefonnummer (Haus):	
Telefonnummer (Arbeit):		Telefonnummer (Mobil):	
Telefonnummer (Mobil):		Gewicht:	
E-Mail:		Größe:	
Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:		Wohnt der Patient alleine?	

Ab wann wird voraussichtlich die Betreuung benötigt: _____

Diagnosen: _____

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | <input type="checkbox"/> Tumor | |

Pflegegrade:

- Keine:
- Wenn ja, welche: 1. 2. 3 4 5
- Beantragt: 1. 2. 3 4 5

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
- Hilfsmittel: Hörgerät: ja nein
- Brille: ja nein

Orientierung:

- Zeitlich: ja zeitweise massive Probleme
- Örtlich: ja zeitweise massive Probleme
- Persönlich: ja zeitweise massive Probleme

Bewegung:

- selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig
- Hilfsmittel:

Treppensteigen:

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
- Hilfsmittel:

Transfer Bett / Rollstuhl:

- selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig / kein Transfer
- Hilfsmittel:
- Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Baden / Duschen:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

Körperpflege:

	Selbständig	Teilweise selbstständig	Unter Anleitung	Komplette Unterstützung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege /Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimbereich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel: Windel Vorlagen Urinflasche
 Katheter suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

An- / Auskleiden:

- selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen / Trinken:

- selbstständig braucht Hilfe (z.B. beim Schneiden) komplett hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen:

- keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät:

- keine wenn ja, welche:
-

II Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:

- Frau Mann irrelevant

Alter (in Jahren):

- 20-30 30-40 40-50 älter als 50 irrelevant

Sprachkenntnisse:

- 1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend) 4 (ausreichend) 5 (schwach)

Ausbildung:

- diplomierte Krankenschwester Altenbetreuer / -in

Führerschein:

- ja, mit Fahrpraxis nein irrelevant

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter / -innen?

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

- Großstadt-zentral Großstadt-abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige:.....

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 40 Min. ca. 1 Std. länger als 1 Std.

Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter /-in:

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV Internet

Bemerkungen:.....
.....
.....
.....
.....

III. Tagesstruktur

Morgens:			
<input type="checkbox"/> wecken um		Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen			pro Woche

Vormittags:	

Mittags:	

Nachmittags:	

Abends:	

Nachts:	

Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....