

## Daten der Kontaktperson

Vorname

Nachname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Handy

E-Mail-Adresse

## Beziehung zur pflegebedürftigen Person

Sohn/Tochter

Ehepartner

gesetzliche Betreuung

Andere: \_\_\_\_\_

## Daten der zu pflegenden Person

Vorname

Nachname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Größe in cm

Gewicht in kg

## Lebt die Person allein im Haushalt?

Ja

Nein

mit \_\_\_\_\_

## Braucht diese Person auch Unterstützung?

Nein

Ja

bei \_\_\_\_\_

## Welche Diagnosen sind bekannt? (Mehrfachnennung möglich)

- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> fortgeschrittene Demenz |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt             | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz       | <input type="checkbox"/> Krebs                   | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose           | <input type="checkbox"/> Parkinson  |
| <input type="checkbox"/> Stoma             | <input type="checkbox"/> Katheter                | <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) |                                     |

Andere

---

## Beschreiben Sie die körperliche Verfassung des Patienten (Mehrfachnennung möglich)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> steht und geht selbständig und sicher | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim Gehen und Stehen         | <input type="checkbox"/> geht am Rollator/Gehhilfe |
| <input type="checkbox"/> braucht Rollstuhl in der Wohnung      | <input type="checkbox"/> braucht Rollstuhl nur außerhalb der Wohnung | <input type="checkbox"/> ist bettlägerig           |
| <input type="checkbox"/> muss im Bett gelagert werden          | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim Aufstehen und Hinsetzen  |  |
| <input type="checkbox"/> muss umgesetzt werden (Transfer)      |  |  |

Anmerkungen

---

## Vorhandene Hilfsmittel (Mehrfachnennung möglich)

- |  |   |   |                                      |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegebett      | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> Patientenlifter | <input type="checkbox"/> Rollstuhl        | <input type="checkbox"/> Rollator       | <input type="checkbox"/> Gehstock    |

## Patient braucht Hilfe bei folgenden Tätigkeiten (Mehrfachnennung möglich)

- |                                  |   |  |   |
|----------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> waschen | <input type="checkbox"/> duschen/baden      | <input type="checkbox"/> WC-Gang                         | <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme |
| <input type="checkbox"/> füttern | <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Wechsel von Inkontinenzmaterial |   |

Weitere

---

### Welchen Pflegegrad hat die zu betreuende Person?

keinen     1     2     3     4     5

### Der Patient:

schläft nachts durch     wacht nachts auf    Wie oft? \_\_\_\_\_    Weshalb? \_\_\_\_\_

### Werden Leistungen über einen Pflegedienst in Anspruch genommen?

Nein     Ja    folgende: \_\_\_\_\_

### Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?

Nein     Ja    Anmerkung: \_\_\_\_\_

Nennen Sie uns gern Charaktereigenschaften des Patienten oder Dinge, die Sie sonst für relevant erachten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Das Umfeld

**Der Patient wohnt:** (Mehrfachnennung möglich)

Stadt-zentral     Stadt-abgelegen     auf dem Dorf     ländlich

Einfamilienhaus     Mehrfamilienhaus     Wohnung

Andere \_\_\_\_\_    Auf ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

### Wer wird sich um die Einkäufe kümmern?

Betreuungskraft     Angehörige     Nach Absprache gemeinsam

### Tiere im Haushalt

Es leben Tiere im oder am Haushalt    Welche? \_\_\_\_\_

**Der Betreuungskraft kann zur Verfügung gestellt werden:** (Mehrfachnennung möglich)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer mit Bett und Schrank | <input type="checkbox"/> eigenes Bad    | <input type="checkbox"/> Bad-Mitbenutzung         |
| <input type="checkbox"/> Internetzugang                      | <input type="checkbox"/> TV (im Zimmer) | <input type="checkbox"/> Telefonnutzung (Ausland) |

Anmerkungen

---

**Die Betreuungskraft...** (Mehrfachnennung möglich)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> sollte im Alter von 30-50 J. sein                                    | <input type="checkbox"/> sollte weiblich sein | <input type="checkbox"/> muss zwingend Nichtraucher sein |
| <input type="checkbox"/> sollte im Alter über 50 J. sein                                      | <input type="checkbox"/> sollte männlich sein | <input type="checkbox"/> dürfte draußen rauchen          |
| <input type="checkbox"/> sollte gute Sprachkenntnisse haben                                   |   |  |
| <input type="checkbox"/> sollte mittlere Sprachkenntnisse haben                               |   |  |
| <input type="checkbox"/> kann geringe Sprachkenntnisse haben                                  |   |  |
| <input type="checkbox"/> muss zwingend einen Führerschein haben (Auto müsste gestellt werden) |   |  |

Was ist Ihnen noch wichtig?

---

**Beginn der Betreuung**

Anreise

**Dauer der Betreuung**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unbestimmte Dauer | <input type="checkbox"/> begrenzt auf _____ |
|--|---|

Senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen gern per Mail, als Fax oder mit der Post.