

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn unterschrieben an eine der unten genannten Adressen:

per E-Mail: info@pflegewohl24.de

per Post: **Pflegewohl24, Rosenweg 4, 42781 Haan**

1. Beginn der Betreuung

Voraussichtlicher Beginn: von _____ bis _____ unbegrenzt

2. Ansprechpartner/ Kontaktperson

Vorname _____ Nachname _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Mobiltelefon _____ E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____ Rechnungsempfänger? ja nein

3. Zu betreuende Person 1 (Hauptperson)

Vorname _____ Nachname _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Mobiltelefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____ Raucher/in

Letzter Aufenthalt in: Kurzzeitpflege Krankenhaus Rehaklinik Psychiatrie

Die zu betreuende Person lebt: allein mit weiterer Person: _____

4. Weitere zu betreuende Person 2

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____ Raucher/in

Letzter Aufenthalt in: Kurzzeitpflege Krankenhaus Rehaklinik Psychiatrie

5. Gesundheitsmerkmale

Liegt eine ansteckende Krankheit vor? nein ja; leider ist keine Betreuung zum Zeitpunkt möglich

Person 1 - Pflegegrad: 1 2 3 4 5 kein

Person 2 - Pflegegrad: 1 2 3 4 5 kein

Zusätzlicher Einsatz des Pflegedienstes? Person 1 Person 2 nein

Tätigkeiten des Pflegedienstes: Grundpflege Stützstrümpfe an. Medikamente

Beschreibung:

Person 1 (Hauptperson) - Erkrankungen:

- | | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung | <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Lähmung links | <input type="checkbox"/> Lähmung rechts | <input type="checkbox"/> Sehschwäche/ Blindheit |

Sonstiges:

Person 2 - Erkrankungen:

- | | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung | <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Lähmung links | <input type="checkbox"/> Lähmung rechts | <input type="checkbox"/> Sehschwäche/ Blindheit |

Sonstiges:

Pflegehilfsmittel im Haus:

- | | | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Duschhocker | <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> WC Sitz | <input type="checkbox"/> Haltegriffe |

Sonstiges:

6. Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand

	Person 1 (Hauptperson)	Person 2
Kommunikation	<input type="checkbox"/> vollständig erhalten	<input type="checkbox"/> vollständig erhalten
Sprechen	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Verstehen	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Hören	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Hörgerät
Sehen	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Brille
Orientierung	<input type="checkbox"/> vollständig erhalten	<input type="checkbox"/> vollständig erhalten
persönlich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine
zeitlich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine
örtlich	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine
Eigenschaften des Charakters	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> stur <input type="checkbox"/> Weglauftendenz/ Demenz	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> stur <input type="checkbox"/> Weglauftendenz/ Demenz
Beschreibung:		

6. Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand

	Person 1 (Hauptperson)	Person 2
Schlaf	<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen
Hilfestellung nachts	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie oft?	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal
Was ist erwünscht:		
Stehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> selbständig
	<input type="checkbox"/> kann nicht alleine stehen	<input type="checkbox"/> kann nicht alleine stehen
Beschreibung:		
Gehen / Mobilität	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> nicht möglich
	<input type="checkbox"/> mit Begleitung	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
	<input type="checkbox"/> mit Gehstock	<input type="checkbox"/> mit Gehstock
	<input type="checkbox"/> mit Rollator	<input type="checkbox"/> mit Rollator
	<input type="checkbox"/> mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> mit Rollstuhl
Beschreibung:		
Transfer:	<input type="checkbox"/> nein, steht selbständig auf	<input type="checkbox"/> nein, steht selbständig auf
Anheben/Umsetzen	<input type="checkbox"/> ja, hilft aktiv mit Beinkraft	<input type="checkbox"/> ja, hilft aktiv mit Beinkraft
	<input type="checkbox"/> ja, hilft teilweise mit Armenkraft	<input type="checkbox"/> ja, hilft teilweise mit Armenkraft
	<input type="checkbox"/> ja, komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> ja, komplett hilfsbedürftig
Wie häufig am Tag?	<input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal <input type="checkbox"/> öfter
Wie häufig nachts?	<input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal <input type="checkbox"/> öfter	<input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal <input type="checkbox"/> öfter
Beschreibung:		
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> nicht möglich
	<input type="checkbox"/> mit Begleitung <input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> mit Begleitung <input type="checkbox"/> Treppenlift
Toilettengang (WC/ Toilettenstuhl)	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> selbständig
	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Inkontinenz - Urin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise (nachts)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise (nachts)
Inkontinenz - Stuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise (nachts)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise (nachts)
Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> Einlagen	<input type="checkbox"/> Einlagen
	<input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Windeln <input type="checkbox"/> Urinflasche
	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Nachttopf	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Nachttopf
Inkontinenzmaterial wechseln	<input type="checkbox"/> selbständiges Austauschen	<input type="checkbox"/> selbständiges Austauschen
	<input type="checkbox"/> komplette Hilfe erwünscht	<input type="checkbox"/> komplette Hilfe erwünscht
	<input type="checkbox"/> Beutel leeren	<input type="checkbox"/> Beutel leeren
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> selbständig
	<input type="checkbox"/> teilweise Übernahme	<input type="checkbox"/> teilweise Übernahme
	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> selbständige Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> selbständige Nahrungsaufnahme
	<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung
	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim Essen
	<input type="checkbox"/> vollständige Hilfe (füttern)	<input type="checkbox"/> vollständige Hilfe (füttern)
	<input type="checkbox"/> Kau-/Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Kau-/Schluckstörung
	<input type="checkbox"/> Diabetikerkost	<input type="checkbox"/> Diabetikerkost

7. Angaben zur Hygiene

	Person 1 (Hauptperson)			Person 2	
Hygiene	<input type="checkbox"/> Baden <input type="checkbox"/> Duschen _____ mal/ Woche			<input type="checkbox"/> Baden <input type="checkbox"/> Duschen _____ mal/ Woche	
Details	selbständig	Hilfe teilweise	Hilfe komplett	selbständig	Hilfe teilweise
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Waschbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Bett waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wohnsituation und Organisation des Haushalts

- Wohnung Haus mit Garten Wohnfläche _____ qm/ Zimmerzahl
 Stadt zentral Kleinstadt Wohngebiet Stadtrand Dorf Fahrrad gutes ÖPNV

Leben Haustiere im Haushalt? ja, welche? _____ nein

Sind Lebensmittelgeschäfte in der Nähe? ja, _____ Min. zu Fuß nein

Hilft Familie bei größeren Einkäufen? ja, wie oft? _____ nein

Kommt Familie zu Besuch? ja, wie oft? _____ nein

Kommt Putzhilfe ins Haus? ja, wie oft? _____ nein

Sonstige Unterstützung durch Dritte:

Tätigkeiten im Alltag	Person 1 (Hauptperson)	Person 2
Haushalt: Einkaufen in Bezug auf Betreuung und Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt: Kochen und Zubereiten von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt: Wäsche waschen und bügeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt: Säubern in den genutzten Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung zum Arzt oder Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaft, soziale Betreuung zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergänge und Begleitung bei Aktivitäten außer Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Aufstehen, Zu-Bett-Gehen, Gehen, Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Tätigkeiten bei der Körperpflege und Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Wünsche:

9. Ihre Wünsche an die Betreuungskraft

Geschlecht: weiblich männlich egal

Altersgruppe: von _____ bis _____ Jahre egal

Kommunikation:

Kenntnisse der deutschen Sprache

einfach (gering, versteht einzelne Wörter, Schwierigkeiten mit dem Sprechen)
 mittel (Grundkenntnisse, ausreichendes Verstehen, grammatisch nicht korrekt)
 gut (gutes Verstehen, Unterhaltung und telefonische Absprachen sind möglich)
 sehr gut (ungezwungene, flüssige Unterhaltung)

Rauchen: Egal, aber nur draußen ja nein

Weitere Wünsche: kräftige Person (wegen Heben) Führerschein (evtl., keine Garantie)

10. Unterkunft der Betreuungskraft

möbliertes Zimmer separate Wohnung Zimmergröße _____ qm / Stockwerk _____
 eigenes Bad WC separat Sonstiges: _____
 Bett Schrank Tisch Stuhl TV Radio
 Internet / WLAN Internet/ Stick wird installiert Telefonnutzung (erforderlich) Fatrate / EU

11. Freizeit der Betreuungskraft (erforderlich)

Erholungspausen täglich 2 Stunden am Stück (zwischen 8 - 18 Uhr): von _____ bis _____ Uhr

Zusätzlich frei in der Woche: ein Tag zwei halbe Tage

Sonstiges: _____

Wer vertritt die Betreuungskraft in der Pause? Familie/ Dritte Betreute/r bleibt allein

Hiermit übernehme ich die volle Verantwortung für die zu betreuende Person/en, wenn sie ohne Aufsicht bleibt

12. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von: _____ Sozialdienst Pflegedienst Arzt Flyer Internet

Hiermit willige ich die Erhebung und die Verarbeitung meiner personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten durch Pflegewohl24 mit Sitz in 42781 Haan, Rosenweg 4, zum Zwecke der Bearbeitung der Anfrage sowie für mögliche Vermittlung von Dienstleistungsverträgen über die Erbringung von Betreuungsdienstleistungen ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Anforderungsprofil für die Betreuung.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____