

Datum:

Fragebogen



| | | | |
|--|----------------------|--|----------------------|
| Name der Kontaktperson: | <input type="text"/> | Name des Patienten: | <input type="text"/> |
| Vorname der Kontaktperson: | <input type="text"/> | Vorname des Patienten: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Geburtsdatum: | <input type="text"/> |
| Adresse: | | Adresse: | |
| Straße: | <input type="text"/> | Straße: | <input type="text"/> |
| Hausnummer: | <input type="text"/> | Hausnummer: | <input type="text"/> |
| Postleitzahl (PLZ): | <input type="text"/> | Postleitzahl (PLZ): | <input type="text"/> |
| Ort: | <input type="text"/> | Ort: | <input type="text"/> |
| Postfach: | <input type="text"/> | Postfach: | <input type="text"/> |
| Telefonnummer mit Vorwahl (Privat): | <input type="text"/> | Telefonnummer mit Vorwahl (Privat): | <input type="text"/> |
| Telefonnummer mit Vorwahl (Büro): | <input type="text"/> | Telefonnummer (Mobil): | <input type="text"/> |
| Telefonnummer (Mobil): | <input type="text"/> | | |
| Telefonnummer (Mobil): | <input type="text"/> | | |
| E-Mail: | <input type="text"/> | | |
| Arzt (Name, Ort): | <input type="text"/> | | |
| Versicherungsnummer: | <input type="text"/> | Krankenkasse: | <input type="text"/> |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Amb. Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> Arzt / Therapeut |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Empfehlung von Freunden / Bekannten | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Diagnosen:

Gewicht: Größe:

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson: Wohnt der Patient alleine?

Gehmöglichkeit:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Keime (Hepatitis, MRSA,...) | | | |

Sonstige

Pflegegrad:

Keiner:

Falls ja, welcher: 1. 2. 3. 4. 5.

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

Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ja nein

Wie oft täglich? mal tgl.

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden?

 ja nein

Haben Sie Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

Wenn ja, wie hoch:

Ab wann:

Verwenden Sie den Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro?

 ja nein

Bekommen Sie Pflegegeld ausgezahlt?

 nein

ja, in Höhe von

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
 Rollator
 Rollstuhl
 Toilettenstuhl
 Aufstehlift
 Badewannenlift
 Schiebehilfe
 Treppensteiger

Baden / Duschen

- selbstständig
 braucht Hilfe
 vollständig hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

Körperpflege

| | selbstständig | teilweise selbstständig | unter Anleitung | vollständig hilfsbedürftig |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesicht: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundpflege / Zahprothese: | <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"/> |
| Intimpflege: | <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:

- Windeln
 Vorlagen
 Urinflasche
 Katheter
 Suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle

- kontinent
 teilweise inkontinent (z. B nachts)
 inkontinent

Hilfsmittel:

An- / Auskleiden

- selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen / Trinken

- selbstständig braucht Hilfe z. B. beim Schneiden vollständig hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

- Keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät

- keine falls ja, welche:

Ein / Durchschlafen

- keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf?

- 1 mal 2 - 3 mal mehr als 3 mal

- Bekommt Schlafmittel: ja nein

Aktuelle Therapien

- keine Krankengymnastik Logopädie sonstige:

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten

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)

Führerschein

- ja, mit Fahrpraxis nein

- Auto Fahrrad

Automarke:

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 1 Stunde länger als 1 Stunde

Einkauf:

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

- Eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV
 Internetzugang vorhanden Internet wird eingerichtet

Bemerkungen:

3. Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere

- keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden? ja nach Bedarf nein

Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung:

- immer gelegentlich nein

Wer erledigt die Einkäufe?

Waschen:

- immer gelegentlich nein

Bügeln:

- immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

- immer gelegentlich nein

Gibt es Haushaltshilfe: nein Falls ja, wie oft kommt diese in der Woche:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

Pausenregelung: 2 - 3 Std. pro Tag 1 Nachmittag pro Woche

Patient kann alleine zu Hause bleiben: ja nein

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen** und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind:

Datum

Unterschrift

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

| | |
|----------------------|----------------------|
| Mittags: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Nachmittags: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Abends: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Nachts: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| Welche Hobbys hat der Patient: | <input type="text"/> |
|---------------------------------------|----------------------|

| | |
|-------------------|----------------------|
| Sonstiges: | <input type="text"/> |
|-------------------|----------------------|

Datenschutzeinverständniserklärung

am 25. Mai 2018 tritt die neue Europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Kraft. Diese Richtlinie sorgt dafür, dass der Umgang mit persönlichen Daten noch sicherer und transparenter wird.

Ein verantwortungsvoller Umgang mit Ihren Daten ist unserem Unternehmen sehr wichtig, daher bitten wir Sie heute um Ihr Einverständnis.

Ich stimme zu, die vorstehenden Informationen und Daten der Zuhause Leben und Pflege GmbH&Co KG für die Erledigung Ihrer Tätigkeiten zu speichern und zu verarbeiten.

Auch diese an Partnerunternehmen weiterzugeben, um die notwendigen Tätigkeiten durchführen zu können.

Selbstverständlich können Sie dieses Einverständnis jederzeit widerrufen, indem Sie uns eine kurze entsprechende E-Mail zusenden.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Ort, Datum

Unterschrift