

# Fragebogen



---

<b>Name der Kontaktperson:</b>	<input type="text"/>	<b>Name des Patienten:</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname der Kontaktperson:</b>	<input type="text"/>	<b>Vorname des Patienten:</b>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum:</b>	<input type="text"/>	<b>Geburtsdatum:</b>	<input type="text"/>
<b>Adresse:</b>		<b>Adresse:</b>	
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"/>
<b>Postfach:</b>	<input type="text"/>	<b>Postfach:</b>	<input type="text"/>
<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Privat):</b>	<input type="text"/>	<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Privat):</b>	<input type="text"/>
<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Büro):</b>	<input type="text"/>	<b>Telefonnummer (Mobil):</b>	<input type="text"/>
<b>Telefonnummer (Mobil):</b>	<input type="text"/>		
<b>E-Mail:</b>	<input type="text"/>		

## Diagnosen:

---

Gewicht:

Größe:

Verwandtschaftsgrad  
zwischen dem Patienten  
und der Kontaktperson:

Wohnt der Patient  
alleine?

Gehmöglichkeit

Schlaganfall:

Herzrhythmusstörung

Herzinsuffizienz

Hypertonie

Herzinfarkt

sonstige:

Asthma

Dekubitus

Osteoporose

Rheuma

Stoma

Inkontinenz

beginnende Demenz

Demenz

Alzheimer

Parkinson

Depression

multiple Sklerose

Diabetes

Diabetes insulinpfl.

Allergien

chronische Durchfälle

Tumor

## 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

## 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

### 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  
Hilfsmittel:
- teilweise inkontinent (z. B nachts)  
 Windeln  
 Katheter
- inkontinent  
 Vorlagen  
 Suprapubischer Katheter
- Urinflasche

## Stuhlkontrolle

---

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

## 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

### 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

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

---

- eigenes Bad     Bett     Tisch     Schrank     Radio     TV  
 Computer     Internetzugang

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:

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

<b>Morgens:</b>			
<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

<b>Mittags:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Nachmittags:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Abends:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Nachts:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<b>Sonstiges:</b>	<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