

## I. Allgemeine Fragen

Name der Kontaktperson:		Name des Patienten:	
Vorname der Kontaktperson:		Vorname des Patienten:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
<b>Adresse:</b>		<b>Adresse:</b>	
Straße:		Straße:	
Hausnummer:		Hausnummer:	
Postleitzahl (PLZ):		Postleitzahl (PLZ):	
Ort:		Ort:	
Postfach:		Postfach:	
Telefonnummer mit Vorwahl (Privat):		Telefonnummer mit Vorwahl (Privat):	
Telefonnummer mit Vorwahl (Büro):		Telefonnummer (Mobil):	
Telefonnummer (Mobil):		Gewicht:	
E-Mail:		Größe:	
Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:		Wohnt der Patient alleine?	

### Diagnosen:

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche   | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <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"/> sonstige:  |                                      |  |  |

### Pflegestufe:

- Keine:
- Falls ja, welche:  1.  2.  3.
- Beantragt:  1.  2.  3.

### Pflegedienst:

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

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:  ja  nein



# Fragebogen

## 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  vollständig hilfsbedürftig  
Hilfsmittel:

## Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständig 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"/>
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:

- 1mal       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:**

## 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)

#### Führerschein:

---

- ja, mit Fahrpraxis       nein

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

---

Darf die Betreuerin rauchen (nur draußen) ?

### 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

Lieblingslebensmittel und -getränke:

### Waschen:

---

immer

gelegentlich

nein

### Bügeln:

---

immer

gelegentlich

nein

### Begleitung bei Arztbesuchen:

---

immer

gelegentlich

nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:

nein

falls ja, wie oft kommt diese in der Woche:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

*Wann soll die Betreuerin / der Betreuer anreisen ?*

---

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift