

Das Ausfüllen des Fragenbogens ist für uns hilfreich, um für Sie ein detailliertes Angebot zu erstellen.

# PERSONENDATEN

## Ansprechpartner

Name und Vorname: ..............................................................................................................

Adresse: .................................................................................................................................

Telefon/Handy:........................................................................................................................

E-Mail: ……………………………………………………………………………………………….

## Leistungsempfänger

Name und Vorname: ..............................................................................................................

Adresse: .................................................................................................................................

Telefon/Handy: .......................................................................................................................

E- Mail: ………………………………….…………………………………………………………….

# ANGABEN ZUR PFLEGE

Gröβe: cm Gewicht: kg

Alter: ............................

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: ..........................................................................................................................

**Pflegegrad:**

Grad ….. nein ein Pflegegrad ist beantragt

# VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM ANSPRECHPARTNER

Mutter

Vater

oder

……………………………………….

## Wer soll Vertragspartner werden?

Ansprechpartner Leistungsempfänger

## Rechnungsstellung erfolgt an:

Ansprechpartner Leistungsempfänger



# GESUNDHEITSMERKMALE

## Mobilität:

selbständig mit Unterstützung Rollstuhl bettlägerig

## Die Pflegeperson:

…muss angehoben werden … kann dabei mithelfen … kann selbständig aufstehen

## Transfer Bett/Rollstuhl:

selbständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig, kein Transfer

## Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator Unterarmgehstützen

## geistiger Zustand:

klar apathisch teilnahmslos

verwirrt depressiv aggressiv

## Toilette:

selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Vollinkontinenz

## Hilfsmittel

Vorlagen Urinflasche Windeln Dauerkatheter

## Orientierung:

zeitlich ja zeitweise gar nicht

Örtlich ja zeitweise gar nicht

persönlich ja zeitweise gar nicht

Alzheimer Demenz Dauerkatheter Tumor

zeitliche Desorientierung Herzrhythmusstörung Inkontinenz

Allergien PGE Sonde

## Weitere Krankheiten:

MS-Patient Diabetes Bluthochdruck Druckgeschwür

räumliche Desorientierung Herzinfarkt

Rheuma Stoma

Parkinson Schlaganfall Schwerhörigkeit Herzkrankheit Asthma Krebserkrankung Multiple Sklerose Osteoporose

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................



## Diät:

ja (welche): ................................................................................ nein

## Ist ein Pflegedienst beauftragt?

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen?

ja nein

ja nein

Wie oft täglich? ……………………………………………………………………………………………..

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

…………………………………………………………………………………………………………………

……………......................................................................................................................................

## Es besteht Hilfsmittel:

Hebegurt Hebesitz Patientenlift Wannenlifter Hörgerät

Rollator

Rollstuhl

Pflegebett

Dekubitusmatratze

Toilettenstuhl

andere

...........................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **Kommunikationsfähigkeit:** |  | |
| Sprache keine Einschränkung | geringe Einschränkung | starke Einschränkung |
| Sehkraft keine Einschränkung | geringe Einschränkung | starke Einschränkung |
| Hörvermögen keine Einschränkung | geringe Einschränkung | starke Einschränkung |
| Hörgerät ja | nein |  |
| Brille ja | nein |  |

## Schlafstörung:

**Ein-/Druschschlafen:**

keine Probleme sporadisch Schlaf-/Wachrythmus gestört

## Nachtruhe:

ungestört gelegentlich gestört oft erhebliche Unruhe regelmäßig nächtliche Betreuung

**Überwachung in der Nacht:** ja nein

Wenn ja, wie oft und wie sollte diese ablaufen?

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................



## Aktuelle Therapien:

keine Krankengymnastik Logopädie sonstige

Hobbys:

..............................................................................................................................................................

# ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **Pflegerische Tätigkeiten:** |  | | |
| An-/ auskleiden | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Baden/Duschen | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Mundpflege | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Oberkörper | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Intimpflege | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Gesäß/ Beine | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Haare waschen/kämmen | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Rasieren | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Handpflege | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Toilettengang | selbständig | mit Unterstützung | komplett hilfsbedürftig |
| Windeln wechseln | ja | nein |  |
| Hilfestellung beim stehen/gehen | ja | nein |  |
| Begleitung beim Arztbesuch | ja | nein |  |

**weiteres:**...........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

## Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

Reinigung der Wohnung Kochen (für wie viel Personen? )

Wäsche waschen Einkaufen

Bügeln Freizeitgestaltung

Spazieren gehen: mit Gehstock mit Gehilfe im Rollstuhl Rollator ohne Hilfe aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)

24h Rufbereitschaft

**Andere Tätigkeiten**:……………………………………………………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………………………………………



# ANGABEN ZUM HAUSHALT

## Art des Haushaltes:

Wohnung Haus Fläche m2

## Anzahl Zimmer:

……………… im EG KG Etage………………

## Lage:

Großstadt-zentral Großstadt-abgelegen Kleinstadt Dorf Ländlich

## Anzahl im Haushalt lebender Person: ………………………..

* + **Wer wohnt mit im Haushalt?:**

Ehepartner Verwandte Bekannte Sonstige …………………………..

**oder bekommen zu Besuch** täglich wöchentlich monatlich

## Gibt es Haustiere zu Hause? ja

* + **Wenn ja, welche? ………………………………………………..**

## Ist ein Auto vorhanden? ja

nein

nein

## Wenn ja, ist Autofahren erwünscht? ja nein

* + **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

ca.10 min. ca.20 min. ca.40min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

# PERSONALANFORDERUNGEN

## Gewünschte Datum des Einsatzbeginns: ………………………………………..

* + **Betreuungsdauer:** langfristig nur kurze Zeit steht noch nicht fest

## Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes: ………………………………………….

* + **Geschlecht:**

weiblich männlich 2 Personen egal

## Alter:

20-30 30-40 40-50 älter als 50 Jahre egal

* + **Kräftige Person:** egal ja, da schwergewichtiger Patient
  + **Pflegeerfahrung:** ja nein egal Krankenschwester Krankenpfleger/in
  + **Kochkenntnisse:** ja, wichtig nein egal



## Nichtraucher/in:

ja, wichtig

egal

## Führerschein mit Fahrpraxis:

ja, wichtig

nein

egal

## Tierlieb:

* + **Deutschkenntnisse:**

ja, wichtig

egal

Grundkenntnisse – verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig erweiterte Grundkenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten gute Kenntnisse – einfache Unterhaltung ist möglich

sehr gute Kenntnisse – Unterhaltung ohne Einschränkung

* + **Referenzen, Zeugnisse:** gern gesehen ja, wichtig egal

## Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:

eigenes Bad Bett Tisch Schrank

Radio

TV Gerät

Internet Anschluss

Sonstiges

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

## Sonstiges:

**Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen, oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:**

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

## Wie sind Sie denn auf die Agentur Pflege mit Herzen 24 aufmerksam geworden?

Internet Pflegedienst Sozialstation Presse/Zeitung

Bekannte/Freunde Empfehlung von ………………………………………

Ort, Datum Unterschrift



# Anlage 1 : TAGESABLAUF

|  |  |
| --- | --- |
| **Morgens:**  Baden/Duschen | wecken um: .................... ausschlafen lassen  ..................pro Woche |
| **Vormittags:** |  |
| **Mittags:** |  |
| **Nachmittags:** |  |
| **Abends:** |  |
| **Nachts:** |  |

Ich stimme der Verarbeitung meiner persönlichen Daten gemäß dem Datenschutzgesetz im Zusammenhang mit der Durchführung des Antrags zu. Die Angabe von Daten ist freiwillig, aber es ist notwendig, die Anfrage zu bearbeiten. Der für die Verarbeitung der Daten verantwortlich ist Pflege mit Herzen 24 Sp. z o.o. Sp. k. ul. Artura Grottgera 4/134, 85-227 Bydgoszcz. Sie haben das Recht, auf den Inhalt Ihrer Daten zuzugreifen und diese zu korrigieren, indem Sie eine Bewerbung an folgende E-Mail-Adresse senden: [biuro@pmh.info.pl](mailto:biuro@pmh.info.pl)

Ort, Datum Unterschrift