

1. Anfrager

Name _____

Vorname _____

Anschrift (PLZ, Ort, Strasse, Land) _____

Telefon _____

Funktelefon _____

Fax _____

E-mail _____

2. Angaben zu der zu betreuenden Person

Name _____

Vorname _____

Anschrift (PLZ, Ort, Strasse, Land) _____

Telefon _____

Funktelefon _____

Alter _____

Größe in cm _____

Gewicht in kg _____

Pflegestufe: _____

3. medizinische Merkmale

Alzheimer

MS-Patient

Parkinson

Leichte Demenz

Demenz

aggressive Demenz

Diabetes

Schlaganfall

Herzinfarkt

Kreislaufkrankung
(Bluthochdruck)

Inkontinenz

Dauerkatheter

Magen- Darmerkrankung

Künstlicher Darmausgang

Krebs

Rheuma/Gicht

Querschnittslähmung

andere Krankheiten _____

Beweglichkeit: bettlägerig eingeschränkt voll

Allgemeinzustand: schlecht leidlich gut

Geistiger Zustand: verwirrt teilnahmslos klar

Orientierungsvermögen: desorientiert eingeschränkt ungestört

Hörvermögen: taub eingeschränkt ungestört

Sprachvermögen: stumm eingeschränkt ungestört

Sehvermögen: blind eingeschränkt ungestört

Sonstige _____

benötigte Hilfsmittel: Rollstuhl Rollator Toilettenstuhl Badewannenlift

Sonstige _____

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? Ja Nein

Ausgeführte Leistungen des ambulanten Pflegedienstes:

4. Zur sozialen Situation

Ausgeführte Leistungen des ambulanten Pflegedienstes

Ist die betreuungsbedürftige Person allein stehend?

Ja

Nein

Bei nein, wie viele Personen leben im Haushalt? _____

Soll eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?

Ja

Nein

Ist regelmäßige Nachtarbeit notwendig?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte kurz beschreiben

5. Gewünschte Dienstleistungen

Hauswirtschaftliche Versorgung:

Grundreinigung nach
Ankunft

leichte Gartenarbeiten

Reinigungsarbeiten

aufräumen

einkaufen

waschen

bügeln

heizen

kochen

Für wie viele Personen kochen? _____

Persönliche Versorgung

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/>
Spaziergehen | <input type="checkbox"/>
Hilfe beim Essen und
Trinken | <input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Körperpflege | <input type="checkbox"/>
Hilfe beim An- und
Auskleiden |
| <input type="checkbox"/>
Hilfe beim Toilettengang | <input type="checkbox"/>
Windeln wechseln | <input type="checkbox"/>
Begleitung zu Terminen
(Arzt, Friseur, Kultur usw.) | <input type="checkbox"/>
aktivierende Betreuung |

Sonstiges

6. Angaben zum Haushalt

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/>
Wohnung | <input type="checkbox"/>
Haus |
|-------------------------------------|----------------------------------|

Ist regelmäßige Nacharbeit notwendig?

Ja

Nein

Mit Garten?

Ja

Nein

Haustiere

Ja

Nein

Bei ja, welche und Anzahl:

Der Wohnort hat, ca.:

Einwohner

7. Anforderungen zum Leistungserbringer

auch ohne Kenntnisse der deutschen Sprache:

ja

Nein

einfache Kommunikation soll verstanden werden:

Ja

Nein

einfache Unterhaltung auf Deutsch soll möglich sein:

Ja

Nein

gute Deutschkenntnisse:

Ja

Nein

sehr gute Deutschkenntnisse:

Ja

Nein

Geschlecht: weiblich männlich egal

Alter: 18-24 25-30 31-44 45-54 55-65 egal

Führerschein: Ja Nein

Bei ja, für PKW: _____

Raucher? Ja Nein egal

Ab wann (voraussichtlicher Vertragsbeginn)? _____

Bis wann (voraussichtliche Vertragsdauer)? _____

8. Weitere wichtige Hinweise zur Durchführung der Dienstleistungen: