

**Um unsere gemeinsame Aufgabe bestmöglich zu lösen,
bitten wir Sie uns ein paar Fragen zu beantworten**



Wer ist unser Ansprechpartner

Frau/Herr Name: **Vorname**

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Festnetz: **Mobil:**

eMail:

Wann soll es losgehen?

Um wen dürfen wir uns kümmern?

Frau/Herr Name: **Vorname**

Geburtsdatum:

Größe: **Gewicht:**

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon?

Email?

Damit wir Sie besser kennen lernen, schildern Sie uns bitte die Ausgangssituation

.....

Welche Kassenleistungen nehmen Sie bereits in Anspruch?

Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege	€ 2.418 pro Jahr	ja / nein
Entlastungsleistungen §45a SGB XI € 125.-	€ 1.500 pro Jahr	ja / nein

Unser Auftrag: 24 Stunden unbefristet / befristet bis

Zeitweise, nämlich

Können wir/unsere Pflegekraft Sie alleine lassen? Wann? Wie lange?
Freizeitregelung, Einkaufen

Welcher Pflegegrad 0 1 2 3 4 5

Ist ein Pflegedienst beauftragt? nein / ja, nämlich:

Was macht dieser Pflegedienst, soll er bleiben?

Sie suchen lieber/ auf jeden Fall eine weibliche/männliche Kraft egal

Wie wird unsere Kraft untergebracht?

.....

.....

.....

.....

Angaben zum Nachtrhythmus



Schlafen Sie gut ein ja / nein
 Müssen Sie Nachts raus? normal nicht 1-2 Mal öfter ca.
 Welche Unterstützung brauchen Sie hierbei _____

Krankheiten

Bestehen ansteckende Krankheiten? nein / ja, nämlich _____
 Falls "ja", welche? _____

Welche anderen Krankheiten bestehen, erlitten Sie Unfälle

Allergien, Altersbedingte Gehschwäche, Asthma, Chronische Durchfälle, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz,
 Tumor, Herzrhythmusstörung, Osteoporose, Multiple Sklerose, Parkinson _____

Diabetes		Schlaganfall rechts	links	
Demenzgrad	Keine	leicht	mittel	schwer

Kommunikation (Bewertung nach dem Schulnotensystem)

Sprechen ohne Hilfsmittel _____
 Hörvermögen ohne Hilfsmittel _____
 Sehvermögen ohne Hilfsmittel _____

Orientierung

Zeitlich _____
 Örtlich _____
 Persönlich _____
 Situativ _____

Bewegung

	Selbständig	Unterstützung	Rollator	Rollstuhl	Treppenlift
Bewegen in der eigenen Wohnung					
Bewegen, draußen im Freien					
Treppensteigen					
Transfer ins Bett					
Gang zur Toilette					

Körperpflege (Schulnotensystem)

Welche Hilfsmittel sind vorhanden

Duschstuhl

Badewannenlift

		Selbständig	Mit Anleitung	Unterstützung	Viel Hilfe	Nicht möglich
Duschen						
Baden						
Waschen von	Haare					
	Gesicht					
	Oberkörper					
	Gesäß/Beine					
	Intimpflege					
	Mundpflege					
	Kämmen					
Rasieren						

Teilnahme am täglichen Leben

	Selbständig	Mit Anleitung	Mit Unterstützung	Komplette Hilfe	Nicht möglich
An und Auskleiden					
Essen					
Trinken					

Bemerkungen:

.....

.....

Bestehen Kau- oder Schluckstörungen ja / nein

Sind beim Kochen Besonderheiten zu beachten? Wenn ja, welche?

Urin- und Stuhlkontrolle

Welche Hilfsmittel sind vorhanden

Einlage

Windelhose

Toilettenstuhl

	kontrolliert	Nachts inkontinent	ohne Kontrolle
Urinkontrolle			
Stuhlkontrolle			

Finden Behandlungen/Therapien statt

Im Haus

Außer Haus

Krankengymnastik

ja

nein

Ergotherapie

ja

nein

Logopädie

ja

nein

Weitere:

Nutzen Sie die Tagespflege

ja

noch nicht

kein Interesse

Haustiere

Haben Sie ein Haustier ja nein
Welche Aufgaben kommen hier auf die Pflegekraft zu? -----
Kann gegebenenfalls ein Tier ins Haus nein ja, welches: -----

Hobbies / Interessen

Kreuzworträtsel Fernsehen Sudoku Spiele Kochen
Backen Natur Garten Sonstiges -----

Wie beschreiben Sie sich (Wesenszüge)

offen warmherzig freundlich zurückhaltend depressiv
bestimmend fordernd aggressiv Sonstiges: -----

Hatten Sie schonmal eine 24 Std. Pflege- oder Betreuungsperson? -----
Was ist noch wichtig, Ihre Prioritäten? -----

