

## I. Allgemeine Angaben

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

<b>Größe des Patienten:</b>		<b>Gewicht des Patienten:</b>	
-----------------------------	--	-------------------------------	--

### Diagnosen:

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Geschwäche  | <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:  |                                      |  |  |

### Pflegegrad:

- Keiner:
- Wenn ja, welcher:  1.  2.  3.  4.  5.
- Beantragt:  1.  2.  3.  4.  5.

### Pflegedienst:

---

- Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst:  Ja  Nein
- Wie oft täglich:
- Welche Tätigkeit erbringt der Pflegedienst:
- Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch werden:  Ja  Nein

### Probleme in der Kommunikation:

---

- Sprache:  keine  mäßige  massive Probleme
- Hörvermögen:  keine  mäßige  mäßige Probleme
- Sehkraft:  keine  mäßige  mäßige Probleme
- Hilfsmittel:
- Hörgerät:  Ja  Nein
- Brille:  Ja  Nein

### Orientierung:

---

- Zeitlich:  Ja  zeitweise  massive Probleme
- Örtlich:  Ja  zeitweise  mäßige Probleme
- Persönlich:  Ja  zeitweise  mäßige Probleme
- Hilfsmittel:

### Bewegung:

---

- selbstständig  mit Unterstützung  überwiegend im Rollstuhl  bettlägerig
- Hilfsmittel:

### Treppensteigen:

---

- selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich
- Hilfsmittel:

- Ist der Patient Raucher?
- Ja  Nein

- Wird im Haushalt des Patienten geraucht?
- Ja  Nein

### Transfer Bett / Rollstuhl:

---

- selbstständig       hilft mit       komplett hilfsbedürftig       bettlägerig / kein Transfer

Hilfsmittel:

- Pflegebett       Lift       Dekubitusmatratze       Rollstuhl       Rollator

### Baden / Duschen:

---

- selbstständig       braucht Hilfe       komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

**Körperpflege:**

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette 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"/>
Gesaß / 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 kontinent (z.B. nachts)                                       inkontinent

Hilfsmittel:

Windeln                                       Vorlagen                                       Urinflasche  
 Katheter                                       suprapubischer Katheter

**Stuhlkontrolle:**

kontinent                                       teilweise kontinent (z.B. nachts)                                       inkontinent

Hilfsmittel:

**An- / Auskleiden:**

selbstständig                                       braucht Hilfe                                       komplett hilfsbedürftig

**Essen / Trinken:**

selbstständig                                       braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden                                       komplett hilfsbedürftig

**Kau- und Schluckstörungen:**

keine                                       Störungen                                       PEG Sonde  
 Nahrungskarenz                                       Trinkkarenz

**Diät:**

keine                                       wenn ja, welche:

**Ein- und Durchschlafen:**

---

- keine Probleme                       sporadische Störungen                       Schlach-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:

**Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung):**

---

## II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

### 1. Anforderungen an das Personal:

#### Geschlecht:

Mann  Frau  irrelevant

#### Alter (in Jahren):

20 - 30  30 - 40  40 - 50  irrelevant

#### Sprachkenntnisse:

1 (sehr gut)  2 (gut)  3 (befriedigend)  4 (ausreichend)  5 (schwach)

#### Ausbildung:

diplomierte Krankenschwester  Altenbetreuer / -in

#### Führerschein:

ja, mit Fahrpraxis  nein

#### Führerschein:

ja, mit Fahrpraxis  nein

#### Raucher / -in:

ja  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 Stunde

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

eigenes Bad  Bett  Tisch  Schrank  Radio  TV

Ist freies Internet für den / die Mitarbeiter / -in vorhanden?  ja  nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

#### Wird im Haushalt des Patienten geraucht?

ja  nein

### 3. Arbeitspensum

#### Einsatzzeit:

---

- ca. 6 Std. Betreuung / Tag       ca. 8 Std. Betreuung / Tag       ca. 10 Std. Betreuung / Tag

#### Nachteinsätze:

---

- nein       ab und zu       häufig       jede Nacht

#### Freizeit:

---

- 2 Stunden pro Tag       1- 1/2 Tag pro Woche       nach Absprache

#### Dauer des Einsatzes:

---

- 1 Monat       2 - 3 Monate       3 Monate

### 4. Zusätzliche Voraussetzungen:

#### Haustiere:

---

- keine       wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:     ja       nach Bedarf       nein

#### Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung:

---

- immer       ab und zu       nein

Liebblingslebensmittel und -getränke:

#### Waschen:

---

- immer       ab und zu       nein

Bügeln bestimmter Kleidungsstücke:

#### Begleitung zu Arztbesuchen:

---

- immer       ab und zu       nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:       nein       wenn ja, wie oft kommt sie zum Einsatz:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

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

### III. Tagesstruktur

<b>Morgens:</b>	
<input type="checkbox"/> wecken um:	Uhr <input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
sonstige Anmerkungen:	
Duschen / Baden:	Mal pro Woche

<b>Vormittags:</b>	

<b>Mittags:</b>	

<b>Nachmittags:</b>	

<b>Abends:</b>	

<b>Nachts:</b>	

<b>Welche Hobbies hat der Patient:</b>	
--	--

<b>Sonstiges:</b>	
-------------------	--