

I. Allgemeine Angaben

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

Größe des Patienten:		Gewicht des Patienten:	
----------------------	--	------------------------	--

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:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> hilft mit | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig | <input type="checkbox"/> bettlägerig / kein Transfer |
| Hilfsmittel: | | | |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Lift | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator |

Baden / Duschen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |
| Hilfsmittel: | | |

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

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

Vormittags:	

Mittags:	

Nachmittags:	

Abends:	

Nachts:	

Welche Hobbies hat der Patient:	
--	--

Sonstiges:	
-------------------	--