



Angaben zu der zu betreuenden Person

Name:	Vorname:	geb.am:
Adresse:	PLZ/ Ort:	
Telefon:	Mobil:	
Fax:	E-Mail:	

1. Kontaktperson

Verwandtschaftsgrad: _____

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Mobil:
Fax:	E-Mail:

2. Kontaktperson

Verwandtschaftsgrad: _____

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Mobil:
Fax:	E-Mail:

Ambulanter Pflegedienst

Name:			
Adresse:		PLZ/ Ort:	
Telefon:		Fax:	
bleibt der Pflegedienst weiterhin bestehen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	welche Aufgaben werden übernommen? _____

Notwendige Informationen zu der zu betreuenden Person:

Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg
Pflegegrad: <input type="radio"/> kein	
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
beantragt/ Höherstufung beantragt am: _____	

vorhandene Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Badewannendrehstuhl	<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Bettenlift	<input type="checkbox"/> Drehscheibe
<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Treppenlift
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Diagnosen

Allergien:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, welche: _____	
ansteckende Krankheiten:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, welche: _____	
<input type="checkbox"/> Altersvergesslichkeit	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> chronische Durchfälle
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Dialysepflichtig	<input type="checkbox"/> Dyspnoe (Luftnot)	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung
<input type="checkbox"/> Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Hypertonie/ Hypotonie	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Lähmungen: _____	
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Parkinson	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Tumor: _____	
<input type="checkbox"/> sonstige Diagnosen: _____			
Raucher:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	

Kommunikation/ Orientierung

Aussprache:	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> nicht möglich	
Sehvermögen:	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> blind	<input type="radio"/> Brille
Hörvermögen:	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> taub	<input type="radio"/> Hörgerät
Orientierung:	<input type="radio"/> klar	<input type="radio"/> leicht desorientiert	<input type="radio"/> desorientiert	
örtlich:	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> massiv	
zeitlich:	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> massiv	
zur Person:	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> massiv	
situativ:	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> massiv	
O Aggressivität	<input type="radio"/> Angstzustände	<input type="radio"/> Weglauftendenzen	<input type="radio"/> gestörter Tag/Nacht-Rhythmus	

Mobilität

geht zu Hause:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfsmittel, welche: _____	<input type="radio"/> nur in Begleitung	<input type="radio"/> nicht möglich
geht draußen:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Hilfsmittel, welche: _____	<input type="radio"/> nur in Begleitung	<input type="radio"/> nicht möglich
Transfer vom Liegen in die Sitzposition	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung (kann aktiv bisschen helfen)	<input type="radio"/> vollständige Übernahme	<input type="radio"/> nicht möglich
Transfer vom Sitz in den Stand	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung (kann aktiv bisschen helfen)	<input type="radio"/> vollständige Übernahme	<input type="radio"/> nicht möglich
freies Stehen:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung (kann aktiv bisschen helfen)	<input type="radio"/> vollständige Übernahme	<input type="radio"/> nicht möglich
Treppensteigen:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> mit Unterstützung (kann aktiv bisschen helfen)	<input type="radio"/> vollständige Übernahme	<input type="radio"/> nicht möglich

Körperpflege:

Gesicht:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Oberkörper:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Rücken:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Intimbereich:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Gesäß:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Beine:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Füße:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Rasur:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Mundpflege:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Duschen/Baden:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Haare waschen:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme

Ausscheidung/ Toilettengang

Inkontinenz:	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> beginnende Inkontinenz		
Urininkontinenz:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Stuhlinkontinenz:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Hilfsmittel:	<input type="radio"/> Vorlagen	<input type="radio"/> Windelhose/ Pants	<input type="radio"/> Urinflasche	
	<input type="radio"/> Dauerkatheter	<input type="radio"/> suprapubischer Katheter	<input type="radio"/> Toilettenstuhl	
Gebrauch von Hilfsmittel:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Toilettengang:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme
Aus-und Ankleiden beim Toilettengang:	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> unter Anleitung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> vollständige Übernahme

Ernährung

Unverträglichkeiten: _____

Vollkost leichte Kost diab. Kost sonstige Kost: _____

Kau- und Schluckstörungen: nein ja

Nahrung muss mundgerecht zubereitet werden: nein ja

Sondenkost über PEG-Sonde: nein ja

Einfuhrbeschränkung (Flüssigkeit): nein ja

Nahrungsaufnahme: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
 unter Anleitung

Flüssigkeitszufuhr: selbstständig mit Unterstützung vollständige Übernahme
 muss nur erinnert werden

Schlafen und Ruhen

Atemaussetzer Einschlafstörung Durchschlafstörung nimmt Schlafmedikation
Mittagsschlaf : nie ab und zu immer

Angaben zur Betreuungskraft

Gewünschter Beginn der Betreuung: _____

Geschlecht: weiblich männlich nicht relevant

Alter: bis 40 Jahre über 40 über 50 nicht relevant

Raucher: nein ja, aber nur draußen nicht relevant

Führerschein erforderlich: nein ja nicht relevant

PKW vorhanden: nein ja

Deutschkenntnisse: 1/ sehr gut 2/ gut 3/ befriedigend 4/ Grundkenntnisse

Ausbildung: Seniorenbetreuerin diplom. Krankenschwester nicht relevant

Wohnverhältnisse

Lage: Großstadt Kleinstadt ländlich Sonstiges: _____

Wohnungsart: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Sonstiges: _____

Wohnfläche: _____m²

Entfernung zu den Einkaufsmöglichkeiten: _____Min. zu Fuß Fahrrad Auto

Ausstattung des Zimmers der Betreuungskraft

Ausstattung: Bett Schrank Tisch TV eigenes Bad

Telefon (Flatrate): nein ja wird angelegt

Internet: nein ja wird angelegt

Freizeit: 0 2-3 Std./ Tag 0 2 x 4 Std./ Woche 0 8 Std./ Woche wird abgesprochen

Aufgaben der Betreuungskraft

Nachteinsätze:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> ab und zu	<input type="radio"/> immer	wie oft? _____ was ist erforderlich? _____
Einkäufe:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> ab und zu	<input type="radio"/> immer	
Kochen:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> ab und zu	<input type="radio"/> immer	
Reinigung des Haushaltes:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> ab und zu	<input type="radio"/> immer	
Wäsche waschen:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> ab und zu	<input type="radio"/> immer	
leichte Gartenarbeit:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> ab und zu	<input type="radio"/> immer	
Begleitung zu Ärzten:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> ab und zu	<input type="radio"/> immer	

Leben noch weitere Personen im Haushalt:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	wie viele? _____	
Fallen für die weitere Personen Tätigkeiten an:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nur hauswirtschaftliche Tätigkeiten	<input type="radio"/> Grundpflege
Haben Sie eine Reinigungskraft:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	O bleibt bestehen und kommt wie häufig? _____	
Haustiere die versorgt werden müssen:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	welche? _____ welche Versorgung? _____	

Hier können Sie noch weitere Informationen zu der zu betreuenden Person oder zur Betreuungskraft eintragen, die für Sie wichtig sind:



RUNDUM BETREUT
24h - PFLEGEKRÄFTE AUS POLEN

Bei Fragen erreichen Sie uns:

Mo. - Fr. 9 - 17 Uhr

040/ 66 90 19 44

E-Mail: kontakt@rundumbetreut24.de