

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Persönliche Angaben			
zu betreuende Person		Angehörige bzw. Kontaktperson	
Vorname		Vorname	
Nachname		Nachname	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Straße		Straße	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Telefon-Nr.		Telefon-Nr.	
Gewicht		Mobil	
Körpergröße		E-Mail	
Wohnt die zu betreuende Person allein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit wem _____	Verwandtschafts- verhältnis	
Wird in Ihrem Haushalt geraucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sind im Haushalt der zu betreuenden Person Haustiere vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zustand der zu betreuenden Person			
Diagnose			
<input type="checkbox"/> Demenz: frühes Stadium <input type="checkbox"/> Demenz: mittleres Stadium <input type="checkbox"/> Demenz: spätes Stadium <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Gehschwäche *) <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör. <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Kommunikation / Hilfsmittel			
Sprachprobleme?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> massive
Hörvermögen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - leicht	<input type="checkbox"/> ja – sehr stark
Sehkraft eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - leicht	<input type="checkbox"/> ja – sehr stark
Hörgerät vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird bestellt
Brille vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wird bestellt
Gebiss vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Orientierung & Mobilität			
Zeitliche (Tageszeit) Probleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive
Örtliche Probleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive
Persönlichkeitsstörung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive
Bewegungs-Probleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche _____
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> permanent
Hilfsmittel bei der Bewegung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
*) Bei Gehschwäche – was ist damit gemeint, bitte genaue Beschreibung, z. B. muss die Person gehoben, getragen werden und wie oft: _____			
Körperpflege			
Baden / Duschen / Mundpflege hilfebedürftig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> komplett
Urinkontrolle / Stuhlgang	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teils inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Katheter
Nahrungsaufnahme			
Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> komplett
Hilfe bei der Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> komplett
Diät?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche _____
Betruhe			
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> massive
Wie oft?	<input type="checkbox"/> 1 – 2 mal / Nacht	<input type="checkbox"/> 3 – 4 mal / Nacht	<input type="checkbox"/> > als 4 mal
Therapien			
Aktuelle Therapien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Sonstige

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Bereits vorhandene medizinische Unterstützung					
Pflegegrad					
<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegr. 5
<p>Das neue Pflegestärkungsgesetz (PSG II) ist ab dem 01.01.2017 vollständig in Kraft getreten. Die bislang gültigen Pflegestufen werden anhand des neuen Begutachtungsassessments (NBA) in die neuen Pflegegrade eingeteilt.</p> <p>Durch die Einteilung in Pflegegrade kann verstärkt Rücksicht auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genommen werden. Die Einteilung erfolgt durch neue Entscheidungskategorien.</p>					
Pflegedienst					
Wie oft kommt der Pflegedienst?					
Wie sind das Wesen und der Charakter der zu betreuenden Person und was ist noch wissenswert (bitte leserlich schreiben)?					

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Anforderungen an die Betreuerin und Rahmenbedingungen				
Möchten Sie eine Betreuerin oder einen Betreuer?	<input type="checkbox"/> Betreuerin (Frau)	<input type="checkbox"/> Betreuer (Mann)	<input type="checkbox"/> Egal ... es kann sowohl eine Frau als auch ein Mann sein ...	
Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> Grundkennt.	<input type="checkbox"/> gute	<input type="checkbox"/> sehr gute
Führerschein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Reinigung der Wohnräume gewünscht?	<input type="checkbox"/> nein, da eigene Zugehfrau	<input type="checkbox"/> ja, nach Absprache	<input type="checkbox"/> ja, täglich	
Einkäufe / Kochen / Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein	
Begleitung zu Arztterminen und anderen Auswärtsterminen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nein	
Ausstattung der Räume für die Betreuerin – kurze Beschreibung				
Ist Internet vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist bereits bestellt	
Ist ein separates Badezimmer vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein – wird mit der zu betreuenden Person geteilt		
Ab wann benötigen Sie die Betreuung:				

Ort, Datum, Unterschrift