

Kontaktformular für Kunden / Bereich *Betreuung* & wissenswerte Hinweise

Persönliche Angaben			
zu betreuende Person		Angehörige bzw. Kontaktperson	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	
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 _____	Verwandtschaftsverhältnis	
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"/> Gehschwäche *)	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Demenz: mittleres Stadium	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Demenz: spätes Stadium	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstör.	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	_____
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

Pflegergrad					
<input type="checkbox"/>					
kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5

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**.

Durch die Einteilung in Pflegegrade kann verstärkt Rücksicht auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genommen werden. Die Einteilung erfolgt durch neue Entscheidungskategorien.

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