

I. Allgemeine Angaben

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

Diagnosen:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <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"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | | |

Pflegestufe:

- Keine:
- Falls ja, welche: 1. 2. 3.
- Beantragt: 1. 2. 3.

Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst: ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden: ja nein

Probleme in der Kommunikation:

Sprache: keine mäßige massive Probleme

Hörvermögen: keine mäßige massive Probleme

Sehkraft: keine mäßige massive Probleme

Hilfsmittel:

Hörgerät: ja nein

Brille: ja nein

Orientierung:

Zeitlich: ja zeitweise massive Probleme

Örtlich: ja zeitweise massive Probleme

Persönlich: ja zeitweise massive Probleme

Bewegung:

selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen:

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

Transfer Bett / Rollstuhl:

selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig / kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Baden / Duschen:

selbstständig braucht Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständig 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"/>
Gesäß / 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 inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel: Windeln Vorlagen Urinflasche
 Katheter suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle:

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

An- / Auskleiden:

selbstständig hilfsbedürftig braucht Hilfe vollständig

Essen / Trinken:

selbstständig hilfsbedürftig braucht Hilfe z. B. beim Schneiden vollständig

Kau- u. Schluckstörungen:

keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät:

keine falls ja, welche:

Ein- / Durchschlafen:

keine Probleme Rhythmus gestört sporadische Störungen Schlaf-wach-

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:

1mal 2 - 3 mal mehr als 3 mal

Bekommt Schlafmittel: ja nein

Aktuelle Therapien:

keine Krankengymnastik Logopädie sonstige:

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:

II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:

Frau Mann irrelevant

Alter (in Jahren):

20 – 30 30 - 40 40 - 50 älter als 50 irrelevant

Sprachkenntnisse:

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

Führerschein:

ja, mit Fahrpraxis 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 1 Stunde

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

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV
 Computer Internetzugang

Bemerkungen:

3. Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere:

keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf
nein

Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung:

immer gelegentlich nein

Liebblingslebensmittel und -getränke:

Waschen:

immer gelegentlich nein

Bügeln:

immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

immer gelegentlich nein

Gibt es eine Haushaltshilfe: nein falls ja, wie oft kommt diese in der Woche:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

III. Tagesstruktur

Morgens:			
<input type="checkbox"/> wecken um:		Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen:			pro Woche
Vormittags:			
Mittags:			
Nachmittags:			
Abends:			
Nachts:			
Welche Hobbys hat der Patient:			
Sonstiges:			