

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 (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"/> 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: | | | |

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
 braucht Hilfe
 vollständig hilfsbedürftig

Essen / Trinken:

selbstständig
 braucht Hilfe z. B. beim Schneiden
 vollständig hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen:

keine
 Störungen
 PEG Sonde

Nahrungskarenz
 Trinkkarenz

Diät:

- keine falls ja, welche:

Ein- / Durchschlafen:

- keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

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:

ANFORDERUNGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

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

Lieblingslebensmittel 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.“

Unterschrift

Datum

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:
