

Fragebogen

24H Pol-Pflege Vermittlungsagentur

Wichtige Informationen:

- bitte frühestens zwei bis drei Wochen vor dem geplanten Betreuungsbeginn ausfüllen
- bitte vor dem Ausfüllen, familienintern mit der pflegebedürftigen Person/en, die Akzeptanz einer Betreuungskraft besprechen
- bitte prüfen Sie täglich Ihr E-Mail Postfach

Angaben zum Patienten:

Name/n: *

Vorname/n: *

Geburtsdatum: *

Straße, Nr: *

Postleitzahl: *

Ort: *

Telefonnummer : *

Mobil:

E-Mail-Adresse:

Gewicht: *

Größe: *

Angaben zur Kontaktperson:

Name/n: *

Vorname/n: *

Geburtsdatum:

Straße, Nr:

Postleitzahl: *

Ort:

Telefonnummer: *

Mobil:

E-Mail-Adresse: *

Diagnosen / Krankheitsbild:

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz und falls nötig ergänzen Sie bitte in den dafür vorgesehenen Felder

- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Demenz Beginn | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Multiple | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> chronische | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Geschwäche | Sklerose | (Insulinpflicht) | Durchfälle | <input type="checkbox"/> Krebs (Krebsart): |

andere Diagnosen:

Bitte schildern Sie den aktuellen Krankheitsverlauf z.B. bei Demenz, Depressionen oder Parkinson wie Aggressivität, Orientierungsstörungen (zeit, raum), psychische Störungen:

Pflegegrade

Pflegegrad anerkannt? Ja Nein

Beantragt: Ja Nein

welcher Pflegegrad ?

- kein Pflegegrad bisher anerkannt
- Pflegegrad-1
- Pflegegrad-2 (ehem. Pflegestufe 0 mit Demenz / Pflegestufe I ohne Demenz)
- Pflegegrad-3 (ehem. Pflegestufe I mit Demenz / Pflegestufe II ohne Demenz)
- Pflegegrad-4 (ehem. Pflegestufe II mit Demenz / Pflegestufe III ohne Demenz)
- Pflegegrad-5 (ehem. Pflegestufe III mit Demenz / Härtefall)

Falls Sie noch kein Pflegegrad beantragt haben, können wir Ihnen gerne dabei behilflich sein. Bitte lassen Sie es uns wissen.

Pflegedienst

Erfolgt zur Zeit eine Versorgung durch den Pflegedienst: Ja Nein

Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst

Wird der Pflegedienst auch in Zukunft parallel zur der Betreuung zusätzlich in Anspruch genommen?

- Ja Nein eventuell falls notwendig

An-/auskleiden

- selbständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

Toilettengang

- selbständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

Kommunikationseinschränkung

- Sprache
- Sehkraft
- Hörvermögen
- keine

Essen / Trinken

- selbständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

Körperpflege

- selbständig
- teilweise selbständig
- unter Anleitung
- komplett Unterstützung

Bewegung

- selbständig
- mit Unterstützung
- überwiegend im Rollstuhl
- bettlägerig

Transfer z.B. Bett/Rollstuhl

- selbständig
- hilft mit
- komplett hilfsbedürftig
- nur noch bettlägerig (kein Transfer mehr notwendig)

Hilfsmittel

- Pflegebett
- Toilettenstuhl
- Rollator
- Hebelift / Aufstehlifter
- Treppenlifter

Notwendige Nachteinsätze

- keine
- 1-2 mal
- 3-4 mal
- mehr als 4

Regelmäßigkeit der Nachteinsätze

- regelmäßig
- unregelmäßig
- keine Nachteinsätze

Weitere nennenswerte Einschränkungen

Anforderungen an das Personal

Geschlecht

- Frau
 Mann
 egal

Alter

- 20-30 Jahre
 31-40 Jahre
 41-50 Jahre
 51-60 Jahre
 egal

Sprachkenntnisse

- sehr gut / fließend
 gut
 mittel / befriedigend
 gering / Grundkenntnisse

Führerschein

- unwichtig
 unbedingt erforderlich mit Fahrpraxis (Fahrzeug vorhanden)
 nützlich aber nicht zwingend erforderlich

Raucher

- Nichtraucher
 Ja, aber nur draußen
 egal

Gewünschte / Hausarbeiten

- Reinigung / Putzen
 Kochen
 Einkaufen
 Waschen / Bügeln

Ab wann ist die Betreuungskraft erwünscht ?

Welche weiteren Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Betreuungskraft ?

Lage

- Großstadt - Zentral
 Großstadt - Außerhalb
 Kleinstadt
 Dorf
 ländlich

Öffentliche Verkehrsmittel

- ca. 5 min
 ca. 10 min
 ca. 15 min
 15 min +

Wohnsituation

- Einfamilienhaus
 Zweifamilienhaus
 Wohnung
 Sonstiges:

Einkaufsmöglichkeiten, zu Fuss

- ca. 5 min
 ca. 10 min
 ca. 15 min
 15 min +

Personen, die im Haushalt leben

- nur pflegebedürftige Person
 pflegebedürftige Person + Ehepartner o. Lebenspartner
 pflegebedürftige Person + andere/mehrere Personen

Bitte die Anzahl der weiteren Personen angeben. Um welche Personen handelt es sich? (z.B. Tochter, Sohn, Enkel usw.)

Der Pflegekraft steht zur Verfügung

- Internet
 Internet kann auf Wunsch eingerichtet werden
 TV
 Telefon
 1 Zimmer (abschließbar)
 2 Zimmer oder mehr
 Badezimmer separat
 Bad (mitbenutzung)

Falls mehrere Personen im Haushalt pflegebedürftig sind (z.B. Ehepaar) bitte pro Person je ein Formular ausfüllen.

Für die weiteren Personen im Haushalt

- soll mitgekocht und mitgewaschen werden
- soll nicht mitgekocht und mitgewaschen werden
- keine weiteren Personen (nur pflegebedürftige Person)

Bitte schildern Sie einen Tagesablauf in kurzen Sätzen

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Welche Hobbys und Interessen hat der Patient:

Hier können Sie noch weitere Anliegen und Informationen notieren:

Wie sind Sie auf unsere Agentur aufmerksam geworden?

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Mundpropaganda | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Medien | (z.B. Bekannte) | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Prospekte | <input type="checkbox"/> Hausarzt | |

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte Informationen nach meinem besten Wissen korrekt und vollständig sind.

Datum: _____

Unterschrift