**BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSSFÜLLEN**

1. **KONTAKTPERSON**

Name: ………………………………......………………………………………….....……………………………………………..………

Vorname: ………………………………………………………………………………................................…………………..……

Verwandtschaft mit der zu betreuenden Person:……………………….......………………………..……………………

Straße: ………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

PLZ/ORT: …………………………………………………………………………...……………………………………………………..……

Telefon: ……………………………………………………..................................……………………………………………..…….

E-Mail: ………………………………………………………………...............................................……………………..………

1. **ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON**

Name/ Vorname: ……………………………………………………………….....……………………………………………..………

Geburtsdatum: …………………………………………………………………....................................……………….………..

Größe: …………………………………………………………………………….....................................…………………………...

Gewicht: ……………………………………………………………………………....................................…………….…………

Straße: …………………………………………………………………….....................................…………………….………......

PLZ/ ORT: ………………………………………………………………………………………......................................……...…..

Telefon: ……………………………………………………………………………….....................................………………..……

1. **PFELEGEGRAD:**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ 0 | ☐ 2 |
| ☐ 1 | ☐ 3 |
| ☐ oder beantragte Stufe: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ | |

1. **LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ Asthma | ☐ Diabetes | | ☐ Demenz |
| ☐ Osteoporose | ☐ Herzinsuffizienz | | ☐ Chronische Durchfälle |
| ☐ Depression | ☐ Inkontinenz | | ☐ Schlaganfall \_\_ re \_\_ li |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Alzheimer | | ☐ Rheuma |
| ☐ Hypertonie | ☐ Tumor | | ☐ Multiple Sklerose |
| ☐ Dekubitus | ☐ Parkinson | | ☐ Stoma |
| ☐ altersbedingte Gehschwäche | | Sonstige Krankheiten oder Behinderungen:  ................................................................................ | |

1. **GRUNDSÄTZLICHE FRAGEN:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a) | Ist die zu betreuende Person bettlägerig? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| b) | Muss die zu betreuende Person gelagert werden? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| c) | Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| d) | Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| e) | Mit wem wohnt die zu betreuende Person zusammen? |  |  |
| f) | Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| g) | Ist die zu betreuende Person ein Raucher? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| h) | Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| i) | Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Wenn ja, wie oft täglich? Für welche Tätigkeiten?  ...................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................... | | | |

Ich erkläre hiermit, dass die zu betreuende Person, und alle Mitbewohner, nicht an ansteckenden Krankheiten leiden.

……...............................………………………..

Unterschrift

1. **KOMMUNIKATION:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.1 | Hören | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 6.2 | Sehen | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 6.3 | Sprechen | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 6.8 | Hilfsmittel | ☐ Brille | ☐ Hörgerät | Sonstige …….................…… |

1. **ORIENTIERUNG:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7.1 | Zeitlich | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 7.2 | Örtlich | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 7.3 | Persönlich | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |

1. **SICH BEWEGEN:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.1 | Gehen | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 8.2 | Stehen | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| Bemerkungen :  ...................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................... | | | | |

**8.3 HILFSMITTEL:**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Stock | ☐ Dekubitus Matratze |
| ☐ Pflegebett | ☐ Badewannenlift |
| ☐ Nachtstuhl | ☐ Rollstuhl |
| ☐ Rollator | ☐ Sonstige ………..............……….............................. |

1. **HYGIENE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9.1 | Duschen | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 9.2 | Hautpflege | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 9.3 | Mundpflege | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 9.4 | Haarpflege | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 9.5 | Intimpflege | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 9.6 | Handpflege | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 9.7 | Fußpflege | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 9.8 | Rasieren | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |

1. **ESSEN UND TRINKEN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10.1 | Essen | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | | ☐ eingeschränkt |
| 10.2 | Trinken | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | | ☐ eingeschränkt |
| 10.3 | Kauen und Schlucken | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | | ☐ eingeschränkt |
| 10.4 | PEG Sonde | ☐ Ja | | ☐Nein | |
| 10.5 | Ernährungszustand | ☐ Normal | ☐ Adipös | | ☐ Kachektisch |
| 10.6 | Kost | ☐ Vollwert | ☐ Vegetarisch | | ☐ Diabetes |

1. **AUSSCHEIDUNGEN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 11.1 | Urininkontinenz | ☐ ja | ☐ nein | ☐ gelegentlich |
| 11.2 | Stuhlinkontinenz | ☐ ja | ☐ nein | ☐ gelegentlich |

**11.3 HILFSMITTEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Blasenkatheter | ☐ ja | ☐ nein |
| Urinflasche | ☐ ja | ☐ nein |
| Windeln | ☐ ja | ☐ nein |
| Vorlagen | ☐ ja | ☐ nein |

1. **SICH KLEIDEN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 11.1 | Ankleiden | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |
| 11.2 | Auskleiden | ☐ uneingeschränkt | ☐ teilweise eingeschränkt | ☐ eingeschränkt |

1. **SCHLAFEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Einschlafstörungen | ☐ ja | ☐ nein |
| Durchschlafstörungen | ☐ ja | ☐ nein |
| Mittagsschlaf | ☐ ja | ☐ nein |
| Medikamente :  ...................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................... | | |

1. **THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ergotherapie | ☐ ja | ☐ nein |
| Musiktherapie | ☐ ja | ☐ nein |
| Logopädie | ☐ ja | ☐ nein |
| Krankengymnastik | ☐ ja | ☐ nein |

1. **HOBBY UND CHARAKTER**:

Beschreiben Sie bitte in ein paar Worten den Charakter der zu betreuenden Person:

………………………………………………………….…………………………...……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

1. **ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN:**

………………………………………………………….…………………………...……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

1. **ANGABEN ZUR GEWÜNSCHTEN BETREUNGSKRAFT:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 17.1 | ☐ Frau | ☐ Mann | ☐ Irrelevant | | |
| 17.2 | Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? | | | ☐ ja | ☐ nein |

1. **ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT DER BETREUUNGSKRAFT:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Kochen | ☐ Einkaufen gehen | ☐ Wäsche waschen |
| ☐ Bügeln | ☐ Spazieren gehen | ☐ Freizeit |
| ☐ Haustiere versorgen | Falls ja, welche : ................................................................................. | |

**16.1 SONDERLEISTUNGEN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ | Führerschein PKW und Fahrtätigkeit | ab 200€ |
| ☐ | Erweiterte Reinigungsarbeiten/Hausmeisterliche Tätigkeiten | ab 300€ |
| ☐ | Palliativbetreuung | ab 250 € |
| ☐ | Organisierte Ausflüge | nach Absprache |

1. **BESCHREIBUNG DER UNTERKUNFT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Großstadt | ☐ Kleinstadt | ☐ Ländlich / Dorf |
| ☐ In einem Mehrfamilienhaus | ☐ Einfamilienhaus | ☐ Mit Garten |
| Sonstige:  …………………………….................................................………………………………………………………………………………… | | |

* 1. **ZIMMERAUSSTATUNG FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ eigenes Bad/Toilette | ☐ Radio | ☐ Bett | ☐ TV |
| ☐ Schrank | ☐ Tisch | ☐ Internetzugang | ☐ Computer |

* 1. **EINKAUFSMÖGLICHKEITEN: (ZU FUSS)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ ca. 10 Min. | ☐ ca. 20 Min. | ☐ ca. 30 Min. | ☐ Wird von der Familie erledigt |

**SPRACHKENNTNISSE DER BETREUUNGSKRAFT:**

**STANDARD A**

●Die Betreuungskraft verfügt über die Grundkenntnisse der deutschen Sprache

● Kommunikation mit Grundwortschatz möglich

● versteht kurze und einfache Fragen und kann diese beantworten

**STANDARD B**

Die Betreuungskraft verfügt über einen Grundwortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich,  
● Die Verständigung mit der Betreuungskraft ist in Sätzen möglich

**STANDARD C**

● Die Betreuungskraft verfügt über einen erweiterten Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich,  
● Die Verständigung mit der Betreuungskraft ist in Sätzen möglich,  
● Die Betreuungskraft versteht die an sie gerichteten Fragen und kann diese beantworten.

**STANDARD D**

● Die Betreuungskraft verfügt über einen umfangreichen Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich,  
● Die Verständigung mit der Betreuungskraft in ganzen Sätzen möglich  
● Die Betreuungskraft versteht die an sie gerichteten Fragen, kann diese beantworten und ist in der Lage, eine Unterhaltung zu führen  
● Sie verfügt über einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache und meistert Alltagssituationen und Gespräche.

*Beachten Sie bitte, dass die jeweiligen sprachlichen Kompetenzen einer Betreuungskraft im großen Maße von ihrer Persönlichkeit und Erfahrung abhängig sind.*

Alle Uns zur Verfügung gestellte Aussagen und Angaben unterliegen dem Datenschutzgesetz (DSG)und werden nicht an dritte weitergeleitet.

…………………………………………….. ……………………………………………..

Ort, Datum Unterschrift des Kunden