
Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name:

Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Angaben zur betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Geschlecht

männlich

weiblich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Anforderungsbogen

Wohnsituation

Wohnung 1 Familienhaus Mehrfamilienhaus

Wohnen Verwandte mit im Haus? ja nein

Wohnt die zu betreuende Person alleine im Haushalt? ja nein

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ja nein

Falls „ja“ – wie viele?

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes

Angaben zur Pflegestufe

beantragt aktuell

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wird der Pflegedienst weiterhin benötigt? ja nein

Angaben zum Nachtrhythmus

Leidet die/der zu Betreuende an Schlafstörungen? ja nein

Einschlafen: gut teilweise schlecht

Durchschlafen: gut teilweise schlecht

Schlafmittel: ja nein

Einsätze in der Nacht 0 1 - 2 3 – 4 > 4

Angaben zu Krankheiten

Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“ welche?

Krankheitsbilder:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Demenz | Demenzgrad: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer |

Sonstige Krankheiten

.....

Anforderungsbogen

Angaben zur Pflegeanamnese / Kommunikation

- Sprache: gut mäßig massive Probleme
- Hörvermögen: gut mäßig massive Probleme
- Sehkraft: gut mäßig massive Probleme

Hilfsmittel

- Hörgerät: ja nein
- Brille: ja nein

Orientierung

- Zeitlich: gut zeitweise massive Probleme
- Örtlich: gut zeitweise massive Probleme
- Persönlich: gut zeitweise massive Probleme

Bewegung

- selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Transfer Bett/Rollstuhl

- selbstständig hilft mit komplett Hilfsbedürftig bettlägerig/kein Transfer

Hilfsmittel:

- Pflegebett Lift Dekubitus Matratze Rollstuhl Rollator

Baden/Duschen

- selbstständig braucht Hilfe vollständig Hilfsbedürftig

Hilfsmittel: Badewannenlift Toilettenstuhl

Weitere Hilfsmittel:

Körperpflege

| | selbstständig | teilweise selbstständig | unter Anleitung | vollständige 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"/> |

Anforderungsbogen

Urinkontrolle

- Kontinent teilweise inkontinent (nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

Stuhlkontrolle

- Kontinent teilweise inkontinent (nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

An-/Auskleiden

- selbstständig mit Unterstützung vollständig Hilfsbedürftig

Essen/Trinken

- selbstständig mit Unterstützung vollständig Hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen

- keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät

- keine ja, welche:

Angaben zur Behandlung/Therapie

- Ergotherapie: ja nein
Musiktherapie: ja nein
Beschäftigungstherapie: ja nein
Logopädie: ja nein
Krankengymnastik: ja nein

Sonstige:

.....

.....

Anforderungsbogen

Anforderungen an die Betreuungskräfte / Geschlecht

Geschlecht irrelevant Mann Frau

Alter irrelevant 20 – 35 35 – 55 > 55

Sprachkenntnisse (1 / kaum 9 / gut)

1 - 3 (einfach) 4 – 6 (kommunikativ) 7 – 9 (gut)

Führerschein

ja nein

Rahmenbedingungen / Lage

Großstadt/zentral Großstadt/Abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Einkaufsmöglichkeiten (Fußweg)

ca. 10 min ca. 20 min ca. 40 min ca. 1 Stunde > 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers

Bett Tisch Schrank eigenes Bad
 TV Radio Internetzugang Computer

.....
.....

Freizeitausgleich für die Betreuungskräfte (min 2 h / Tag) soll wie erfolgen?

.....
.....
.....
.....
.....

Anforderungsbogen

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

Welche weitere Hilfe benötigt die zu betreuende Person im Haushalt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Auftraggeber

Anforderungsbogen

Tagesablauf

| | |
|--------------------|--|
| Morgens | <input type="checkbox"/> wecken um: Uhr <input type="checkbox"/> ausschlafen lassen |
| Vormittags | |
| Mittags | |
| Nachmittags | |
| Abends | |
| Nachts | |