

Fragebogen Pflege zu Hause

I. Allgemeine Angaben

Ansprechpartner Frau Herr
 Nachname Vorname

Adresse:

Straße PLZ, Ort
 Telefon Handy
 Fax Mail

Person 1 Frau Herr
 Nachname Vorname
 Körpergröße cm Gewicht kg Geburtsdatum

Person 2 Frau Herr
 Nachname Vorname
 Körpergröße cm Gewicht kg Geburtsdatum

Adresse:

Straße PLZ, Ort
 Telefon Handy

II. Gesundheitszustand Angaben zum

Pflegestufe

Patient 1 ja wenn ja, welche: 0 1 2 3 Härtefall

Patient 2 ja wenn ja, welche: 0 1 2 3 Härtefall

Diagnose

Patient 1

- Altersbedingte Geh schwäche
- Parkinson
- Diabetes
- Diabetes Insulin.
- Schlaganfall
- Sprachstörungen
- Schwerhörigkeit
- geringe Sehfähigkeit
- Osteoporose
- Rheum
- Dekubitus

Patient 2

- Altersbedingte Geh schwäche
- Parkinson
- Diabetes
- Diabetes Insulin.
- Schlaganfall
- Sprachstörungen
- Schwerhörigkeit
- geringe Sehfähigkeit
- Osteoporose
- Rheuma
- Dekubitus

- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt
- Bluthochdruck
- Asthma
- MS-Patient
- Sonstige Krankheiten:

- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt
- Bluthochdruck
- Asthma
- MS-Patient
- Sonstige Krankheiten:

Geistiger Zustand

Patient 1

- klar dem Alter normal
- apathisch depressiv
- verwirrt aggressiv
- Demenz Alzheimer
- Desorientierung:
- zum Ort zur Zeit zur Person

Patient 2

- klar dem Alter normal
- apathisch depressiv
- verwirrt aggressiv
- Demenz Alzheimer
- Desorientierung:
- zum Ort zur Zeit zur Person

Mobilität / Bewegung

Patient 1

- selbständig mit Hilfe
- mit Rollator mit Rollstuhl
- bettlägerig
- Muss der Patient angehoben werden**
- ja nein

Patient 2

- selbständig mit Hilfe
- mit Rollator mit Rollstuhl
- bettlägerig
- Muss der Patient angehoben werden?**
- ja nein

Transfer Bett / Rollstuhl

Patient 1

- selbständig mit Hilfe
- Hebe Sitz Hebe Gurt
- Lift Andere
- Hilfsmittel:**
- Pflegebett Dekubitusbett

Patient 2

- selbständig mit Hilfe
- Hebe Sitz Hebe Gurt
- Lift Andere
- Hilfsmittel:**
- Pflegebett Dekubitusbett

Körperpflege

Patient 1

Patient 2

- Ankleiden / Auskleiden
 Mundpflege/Zahnprothese
 Oberkörper
 Gesäß/Beine
 Haare kämmen/waschen
 Hand- und Fußpflege

- Ankleiden / Auskleiden
 Mundpflege/Zahnprothese
 Oberkörper
 Gesäß/Beine
 Haare kämmen/waschen
 Hand- und Fußpflege

Toilettengang

Patient 1

- selbständig mit Hilfe
 Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Patient 2

- selbständig mit Hilfe
 Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Baden / Duschen

Patient 1

- selbständig mit Hilfe

Patient 2

- selbständig mit Hilfe

Essen und Trinken

Patient 1

- selbständig mit Hilfe
 Schluckprobleme

Patient 2

- selbständig mit Hilfe
 Schluckprobleme

Ein- und Durchschlafen

Patient 1

- keine Probleme
 sporadische Störungen

Patient 2

- keine Probleme
 sporadische Störungen

Wie oft steht der Patient nachts auf?

- 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Wie oft steht der Patient nachts auf?

- 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Allgemeine Seniorenbetreuung

Patient 1

- aktivierende Betreuung (Spiele etc.) aktivierende Betreuung(Spiele etc.)
 spazieren gehen spazieren gehen
 ohne mit Rollstuhl/Rollator ohne mit Rollstuhl/Rollator
 zum Arzt begleiten zum Arzt begleiten

Patient 2

Pflegedienst

Erfolgt zur Zeit Versorgung durch Pflegedienst?

Patient 1

- ja nein

Patient 2

- ja nein

III. Rahmenbedingungen

Allgemeine

Lage: Großstadt Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation: Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus

Wohnung Haushaltsfläche ca. m²

Haustiere keine wenn ja, welche?

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten für die zu betreuende Person:

Kochen Reinigung Wäsche waschen Bügeln Einkaufen

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

Eigenes Zimmer Schrank TV Radio

Internetanschluss Festnetz Eigenes Bad

Freizeitausgleich des Pflegepersonals:

2 Std. pro Tag (muss gewährleistet sein)

2 halbe Tage in der Woche oder

1 freier Tag in der Woche

IV. Personalanforderungen

Geschlecht: weiblich männlich egal

Alter: unter 35 35-50 über 50 egal

Pflegeerfahrung: ja nein Krankenschwester

Kochkenntnisse: ja egal

Führerschein: ja egal

Nichtraucherin: ja egal

Tierlieb: ja egal



Deutschkenntnisse:

1. Grundkenntnisse (verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig)
2. erweiterte Grundkenntnisse (verstehen gut, sprechen nur einfache Sätze)
3. gute Kenntnisse (verstehen gut, einfache Unterhaltung ist möglich)
4. sehr gute Kenntnisse (Unterhaltung auf gutem Niveau möglich)

Beginn des Einsatzes:

Abholort:

Besonderheiten / Bemerkungen:



Das Angebot für diese Pflegeleistung wird für Sie unverbindlich erstellt und führt selbst zu keinem Auftrag. Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Hiermit versichere ich, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind, ansonsten kann das unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung führen. Dieser Fragebogen wird im Falle eines Auftrags der Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrags.

Ort, Datum

Unterschrift

**New Assistans - Bulgarien
8000 Burgas
Tsar Petar str. 14
Tel.: + 359 56 590 119
Mobil: + 359 876 166 129
Mail: office@newassistans.eu**

**Kundenservice Deutschland:
Ralf Dürnholz
Severinusstr. 49 53909 Zülpich
Tel.: 02252 80 80 140
Mobil: 0176 840 37 644
Fax: 02252 528 76 25
Mail: kundenservice@newassistans.eu**

www.newassistans.eu



2016