

**Um unsere gemeinsame Aufgabe bestmöglich zu lösen,
bitten wir Sie uns ein paar Fragen zu beantworten**



Wer ist unser Ansprechpartner

Frau/Herr Name:	-----	Vorname	-----
Adresse:	-----		-----
Festnetz:	-----	Mobil:	-----
eMail:	-----		-----
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:			

Um wen dürfen wir uns kümmern?

Frau/Herr Name:	-----	Vorname	-----
Geburtsdatum:	-----		-----
Größe:	-----	Gewicht:	-----
Straße, Hausnr.:	-----		-----
PLZ, Ort:	-----		-----
Telefon?	-----		-----
Pflegegrad	1/2/3/4/5 seit ____/____	Änderungen?	-----

Wer lebt noch mit im Haushalt?
Pflege- Hilfsbedürftig? Wenn ja, bitte 2 Bögen ausfüllen ja / nein

Damit wir Sie besser kennen lernen, schildern Sie uns bitte die Ausgangssituation

Wann soll es losgehen?

Unser Auftrag: 24 Stunden unbefristet / befristet bis -----
Zeitweise, nämlich -----

Ist ein Pflegedienst beauftragt? nein / ja, nämlich: -----
Was macht dieser Pflegedienst, soll er bleiben? -----

Sie suchen lieber/ auf jeden Fall eine weibliche/männliche Kraft egal

Angaben zum Nachtrhythmus

Schlafen Sie gut ein ja / nein
Müssen Sie Nachts raus? normal nicht 1-2 Mal öfter ca.
Welche Unterstützung brauchen Sie hierbei -----

Krankheiten

Bestehen ansteckende Krankheiten? nein / ja, nämlich -----
Falls "ja", welche? -----

Welche anderen Krankheiten bestehen, erlitten Sie Unfälle
Allergien, Altersbedingte Gehschwäche, Asthma, Chronische Durchfälle, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz,
Tumor, Herzrhythmusstörung, Osteoporose, Multiple Sklerose, Parkinson -----
Diabetes Schlaganfall rechts links
Demenzgrad Keine leicht mittel schwer

Kommunikation (Bewertung nach dem Schulnotensystem)

Sprechen ohne Hilfsmittel -----
 Hörvermögen ohne Hilfsmittel -----
 Sehvermögen ohne Hilfsmittel -----

Orientierung

Zeitlich -----
 Örtlich -----
 Persönlich -----
 Situativ -----

Bewegung

	Selbständig	Unterstützung	Rollator	Rollstuhl	Treppenlift
Bewegen in der eigenen Wohnung					
Bewegen, draußen im Freien					
Treppensteigen					
Transfer ins Bett					
Gang zur Toilette					

Bemerkungen -----

Körperpflege

Welche Hilfsmittel sind vorhanden Duschstuhl Badewannenlift

		Selbständig	Mit Anleitung	Unterstützung	Viel Hilfe	Nicht möglich
Duschen						
Baden						
Waschen von	Haare					
	Gesicht					
	Oberkörper					
	Gesäß/Beine					
	Intimpflege					
	Mundpflege					
	Kämmen					
Rasieren						

Teilnahme am täglichen Leben

	Selbständig	Mit Anleitung	Mit Unterstützung	Komplette Hilfe	Nicht möglich
An und Auskleiden					
Essen					
Trinken					

Bemerkungen: -----

Bestehen Kau- oder Schluckstörungen ja / nein
 Sind beim Kochen Besonderheiten zu beachten? Wenn ja, welche?



Urin- und Stuhlkontrolle

Welche Hilfsmittel sind vorhanden

Einlage

Windelhose

Toilettenstuhl

	kontrolliert	Nachts inkontinent	ohne Kontrolle
Urinkontrolle			
Stuhlkontrolle			

Finden Behandlungen/Therapien statt

Im Haus

Außer Haus

Krankengymnastik

ja

nein

Ergotherapie

ja

nein

Logopädie

ja

nein

Weitere:

Nutzen Sie die Tagespflege

ja

noch nicht

kein Interesse

Haustiere

Haben Sie ein Haustier

ja

nein

Welche Aufgaben kommen hier auf die Pflegekraft zu?

Kann gegebenenfalls ein Tier ins Haus

nein

ja, welches:

Hobbies / Interessen

Kreuzworträtsel

Fernsehen

Sudoku

Spiele

Kochen

Backen

Natur

Garten

Sonstiges

Wie beschreiben Sie sich (Wesenszüge)

offen

warmherzig

freundlich

zurückhaltend

depressiv

bestimmend

fordernd

aggressiv

Sonstiges:

Hatten Sie schonmal eine 24 Std. Pflege- oder Betreuungsperson?

Was ist noch wichtig, Ihre Prioritäten?

Welche Kassenleistungen nehmen Sie bereits in Anspruch?

Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege

€ 2.418 pro Jahr

ja / nein

Entlastungsleistungen §45a SGB XI € 125.-

€ 1.500 pro Jahr

ja / nein

Wie wird unsere Kraft untergebracht?

Können wir/unsere Pflegekraft Sie alleine lassen? Wann? Wie lange?