

**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?