



**Pflege Mit
Herzen**

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für uns hilfreich, um für Sie ein detailliertes Angebot zu erstellen.

1. PERSONENDATEN

- **Ansprechpartner**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefon/Handy:.....

E-Mail:

- **Leistungsempfänger**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefon/Handy:

E-Mail:

2. ANGABEN ZUR PFLEGE

Größe:cm

Gewicht:kg

Alter:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum:

Pflegestufe:

ja nein eine Pflegestufe ist beantragt

Stufe 1. 2. 3. Härtefall

3. VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM ANSPRECHPARTNER

Mutter Vater oder

- **Wer soll Vertragspartner werden?**

Ansprechpartner Leistungsempfänger

- **Rechnungsstellung erfolgt an:**

Ansprechpartner Leistungsempfänger



4. GESUNDHEITSMERKMALE

• **Mobilität:**

- selbständig mit Unterstützung Rollstuhl bettlägerig

Die Pflegeperson:

- ...muss angehoben werden ... kann dabei mithelfen ... kann selbständig aufstehen

Transfer Bett/Rollstuhl:

- selbständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig, kein Transfer

Hilfsmittel:

- Rollstuhl Rollator Unterarmgehstützen

• **geistiger Zustand:**

- klar apathisch teilnahmslos
- verwirrt depressiv aggressiv

• **Toilette:**

- selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Hilfsmittel

- Vorlagen urinflasche Windeln Dauerkatheter

• **Orientierung:**

- zeitlich ja zeitweise gar nicht
- Örtlich ja zeitweise gar nicht
- persönlich ja zeitweise gar nicht

- Alzheimer MS-Patient Parkinson
- Demenz Diabetes Schlaganfall
- Dauerkatheter Bluthochdruck Schwerhörigkeit
- Tumor Druckgeschwür Herzkrankheit
- zeitliche Desorientierung räumliche Desorientierung Asthma
- Herzrhythmusstörung Herzinfarkt Krebserkrankung
- Inkontinenz Rheuma Multiple Sklerose
- Allergien Stoma Osteoporose
- PGE Sonde

Weitere Krankheiten:

.....

.....

.....



Pflege Mit Herzen

- **Diät:**

ja (welche): nein

- **Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

ja nein

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen? ja nein

Wie oft täglich?

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?

.....
.....

- **Es besteht Hilfsmittel:**

Hebegurt Hebesitz Patientenlift Wannenlifter Hörgerät

Rollator Rollstuhl Pflegebett Dekubitusmatratze Toilettenstuhl

andere

.....

- **Kommunikationsfähigkeit:**

Sprache keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Sehkraft keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Hörvermögen keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Hörgerät ja nein

Brille ja nein

- **Schlafstörung:**

Ein-/Druschlafen:

keine Probleme sporadisch Schlaf-/Wachrythmus gestört

Nachtruhe:

ungestört gelegentlich gestört oft erhebliche Unruhe

regelmäßig nächtliche Betreuung

Überwachung in der Nacht: ja nein

Wenn ja, wie oft und wie sollte diese ablaufen?

.....
.....



**Pflege Mit
Herzen**

• **Aktuelle Therapien:**

keine Krankengymnastik Logopädie sonstige

Hobbys:

.....

5. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:

• **Pflegerische Tätigkeiten:**

An-/ auskleiden	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Mundpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Oberkörper	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Intimpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Haare waschen/kämmen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Rasieren	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Handpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Toilettengang	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Windeln wechseln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfestellung beim stehen/gehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Begleitung beim Arztbesuch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

weiteres:.....

.....

• **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:**

Reinigung der Wohnung Kochen (für wie viel Personen?.....)

Wäsche waschen Einkaufen

Bügeln Freizeitgestaltung

Spazieren gehen: mit Gehstock mit Gehilfe im Rollstuhl Rollator ohne Hilfe

aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)

24h Rufbereitschaft

Andere Tätigkeiten:.....

.....



6. ANGABEN ZUM HAUSHALT

• **Art des Haushaltes:**

Wohnung Haus Fläche..... m²

• **Anzahl Zimmer:**

..... im EG KG Etage.....

• **Lage:**

Großstadt-zentral Großstadt-abgelegen Kleinstadt
Dorf Ländlich

• **Anzahl im Haushalt lebender Person:**

• **Wer wohnt mit im Haushalt?:**

Ehepartner Verwandte Bekannte Sonstige

oder bekommen zu Besuch täglich wöchentlich monatlich

• **Gibt es Haustiere zu Hause?** ja nein

• **Wenn ja, welche?**

• **Ist ein Auto vorhanden?** ja nein

• **Wenn ja, ist Autofahren erwünscht?** ja nein

• **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

ca.10 min. ca.20 min. ca.40min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

7. PERSONALANFORDERUNGEN

• **Gewünschte Datum des Einsatzbeginns:**

• **Betreuungsdauer:** langfristig nur kurze Zeit steht noch nicht fest

• **Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:**

• **Geschlecht:**

weiblich männlich 2 Personen egal

• **Alter:**

20-30 30-40 40-50 älter als 50 Jahre egal

• **Kräftige Person:** egal ja, da schwergewichtiger Patient

• **Pflegeerfahrung:** ja nein egal
Krankenschwester Krankenpfleger/in

• **Kochkenntnisse:** ja, wichtig nein egal



Pflege Mit Herzen

- **Nichtraucher/in:** ja, wichtig egal
- **Führerschein mit Fahrpraxis:** ja, wichtig nein egal
- **Tierlieb:** ja, wichtig egal
- **Deutschkenntnisse:**
 - Grundkenntnisse – verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig
 - erweiterte Grundkenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten
 - gute Kenntnisse – einfache Unterhaltung ist möglich
 - sehr gute Kenntnisse – Unterhaltung ohne Einschränkung
- **Referenzen, Zeugnisse:** gern gesehen ja, wichtig egal
- **Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:**
 - eigenes Bad Bett Tisch Schrank
 - Radio TV Gerät Internet Anschluss Sonstiges

.....

.....
- **Sonstiges:**

Hier können Sie sonstige Angaben machen, die Ihnen wichtig erscheinen, oder Fragen stellen, die Sie geklärt haben möchten:

.....

.....

.....
- **Wie sind Sie denn auf die Agentur Pflege mit Herzen 24 aufmerksam geworden?**
 - Internet Pflegedienst Sozialstation Presse/Zeitung
 - Bekannte/Freunde Empfehlung von

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 1 : TAGESABLAUF

Morgens:

wecken um:

ausschlafen lassen



Pflege Mit Herzen

Baden/Duschenpro Woche
Vormittags:	
Mittags:	
Nachmittags:	
Abends:	
Nachts:	

Ort, Datum

Unterschrift