



BETREUUNGSFRAGEBOGEN

KUNDE/KUNDIN

Vorname, Nachname

Adresse, PLZ, Ort

Tel. Nummer

Geburtsdatum/Versicherungsnummer

KONTAKTPERSON

Vorname, Nachname

Adresse, PLZ, Ort

Tel. Nummer

Verwandtschaftsgrad

ANGABEN ZUR PFLEGEPERSON

Pflegestufe

1 2 3 4 5 6 keine

Körpermaße

Größe: _____ Gewicht: _____

Geistiger Zustand

klar teilnahmslos verwirrt
 aggressiv geistig eingeschränkt (seit Geburt)

Weitere / andere Einschränkungen

Personen im Haushalt

Alleine Partner / Kinder
 Sonstiges: _____

Mobilität

Selbstständig mit Unterstützung im Rollstuhl
 Bettlägrig Pflegebett Patientenlift/Hebegurt
 Rollator Sonstiges: _____

Weitere / andere Einschränkungen

Toilette

Selbstständig mit Hilfe
 Inkontinenz Harnkatheter

Weitere / andere Einschränkungen bzw. Hilfsmittel

ERKRANKUNGEN UND DIAGNOSEN

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demenz | <input type="checkbox"/> ALS | <input type="checkbox"/> MS - Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Gehbehindert |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (DM) | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Blind | <input type="checkbox"/> COPD (mit Sauerstoffbedarf) |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) | <input type="checkbox"/> Stoma a: Darmausgang b: Urinausgang | <input type="checkbox"/> Tracheostoma (mit Beatmung) |
| <input type="checkbox"/> Kanüle (mit Absaugen) | | |

Weitere / andere Einschränkungen



HW24

24 Stunden
Pflege und Betreuung

... weil Dahoam dahoam isch

NACHT

Betreuung in der Nacht / Überwachung / Störanfälligkeit

- 1 bis 2 mal mehrfach
 nie Pflegeperson sehr nachtaktiv

Weitere / andere Einschränkungen

ANGABEN ZUM HAUSHALT

Wohnbereich

- Haus Wohnung
 Gartentätigkeiten Haustiere: _____

Arbeiten im Haushalt

- kochen waschen
 bügeln reinigen
 Blumen versorgen

Zusätzliche Anforderungen / Bemerkungen

ANFORDERUNG AN PFLEGEPERSONAL

Geschlecht

- weiblich männlich

Pflegeerfahrung

- egal Pflegehelferin
 Heimhelferin Krankenschwester / Pfleger

Wünsche zur Pflegeperson

- Inländische PB Nationalität egal Herkunftsland: _____

Deutschkenntnisse

- Grundkenntnisse gutes Deutsch sehr gutes Deutsch

Führerschein

- erforderlich nicht erforderlich eigener PKW erforderlich

Führerschein

- erforderlich nicht erforderlich eigener PKW erforderlich

NichtraucherIn

- sehr wichtig egal ein paar Zigaretten stören nicht

Geplanter Termin der Betreuung / Pflege:

Hausarzt:

WÜNSCHE / ANREGUNGEN / BEMERKUNGEN