

Filiale/Adresse



- 24 Stunden Betreuung      Tagessatz \_\_\_\_\_  
 Tagesbetreuung              Stundensatz \_\_\_\_\_

## 1. Allgemeine Angaben

### Angaben zur Kontaktperson 1

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Mobilnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad zwischen Patient und  
Kontaktperson: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben zum Hilfebedürftigen/Patienten 1

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Mobilnummer: \_\_\_\_\_  
Gewicht: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_  
Wohnt der Patient alleine? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben zur Kontaktperson 2

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Mobilnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad zwischen Patient und  
Kontaktperson: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben zum Hilfebedürftigen/Patienten 2

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Mobilnummer: \_\_\_\_\_  
Gewicht: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_  
Wohnt der Patient alleine? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Erkrankungen

<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Arthrose	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Demenz
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Osteoporose	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Chronische Bronchitis und Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Parkinson Erkrankung	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Anus praeter (künstl. Darmausgang)
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Operationen
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Insulinpfl.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Schlaganfall (Apoplex)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Depressionen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Beginnende Demenz
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Rheuma		

Allergien <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

### Pflegegrade

Keine: <sup>1</sup> <sup>2</sup>

Wenn ja, welche: <sup>1</sup> <sup>2</sup> 1.    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 2.    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 3.    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 4.    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 5.

Beantragt: <sup>1</sup> <sup>2</sup> 1.    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 2.    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 3.    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 4.    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 5.

### Pflegedienst

Erfolgt z. Zt. eine Versorgung durch einen Pflegedienst?

<sup>1</sup> <sup>2</sup> ja    <sup>1</sup> <sup>2</sup> nein

Wenn ja, wie oft täglich: <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst: <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden:

<sup>1</sup> <sup>2</sup> ja    <sup>1</sup> <sup>2</sup> nein

### Probleme in der Kommunikation

Sprache: <sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> mäßige    <sup>1</sup> <sup>2</sup> massive Probleme

Hörvermögen: <sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> mäßige    <sup>1</sup> <sup>2</sup> massive Probleme

Sehkraft: <sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> mäßige    <sup>1</sup> <sup>2</sup> massive Probleme

### Hilfsmittel

Hörgerät: <sup>1</sup> <sup>2</sup> ja    <sup>1</sup> <sup>2</sup> nein

Brille: <sup>1</sup> <sup>2</sup> ja    <sup>1</sup> <sup>2</sup> nein



### Probleme in der Orientierung

Zeitlich: <sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> zeitweise    <sup>1</sup> <sup>2</sup> massive Probleme  
 Örtlich: <sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> zeitweise    <sup>1</sup> <sup>2</sup> massive Probleme  
 Persönlich: <sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> zeitweise    <sup>1</sup> <sup>2</sup> massive Probleme

### Bewegung

<sup>1</sup> <sup>2</sup> selbstständig    <sup>1</sup> <sup>2</sup> mit Unterstützung    <sup>1</sup> <sup>2</sup> überwiegend im Rollstuhl    <sup>1</sup> <sup>2</sup> bettlägerig

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### Treppensteigen

<sup>1</sup> <sup>2</sup> selbstständig    <sup>1</sup> <sup>2</sup> mit Unterstützung    <sup>1</sup> <sup>2</sup> nicht möglich

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### Transfer Bett/Rollstuhl

<sup>1</sup> <sup>2</sup> selbstständig    <sup>1</sup> <sup>2</sup> hilft mit    <sup>1</sup> <sup>2</sup> komplett hilfsbedürftig    <sup>1</sup> <sup>2</sup> bettlägerig/kein Transfer

Hilfsmittel

<sup>1</sup> <sup>2</sup> Pflegebett    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Lift    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Antidekubitusmatratze    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Rollstuhl    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Rollator

### Baden/Duschen

<sup>1</sup> <sup>2</sup> selbstständig    <sup>1</sup> <sup>2</sup> braucht Hilfe    <sup>1</sup> <sup>2</sup> komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### Körperpflege

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anteilung	komplette Unterstützung nötig
	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Gesicht	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Mundpflege/Zahnprothese	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Oberkörper	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Intimpflege	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Haare kämmen/Waschen	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Rasieren	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Handpflege	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>
Fußpflege	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>



### Urinkontrolle

<sup>1</sup> <sup>2</sup> kontinent    <sup>1</sup> <sup>2</sup> teilweise inkontinent (z.B. nachts)    <sup>1</sup> <sup>2</sup> inkontinent

### Hilfsmittel

<sup>1</sup> <sup>2</sup> Windeln    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Vorlagen    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Urinflasche    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Katheter    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Toilettenstuhl

### Stuhlkontrolle

<sup>1</sup> <sup>2</sup> kontinent    <sup>1</sup> <sup>2</sup> teilweise inkontinent (z.B. nachts)    <sup>1</sup> <sup>2</sup> inkontinent

### Hilfsmittel:

<sup>1</sup> <sup>2</sup> Schutzhose    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Vorlagen    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Toilettenstuhl

### An-/Auskleiden

<sup>1</sup> <sup>2</sup> selbstständig    <sup>1</sup> <sup>2</sup> braucht Hilfe    <sup>1</sup> <sup>2</sup> komplett hilfsbedürftig

### Essen/Trinken

<sup>1</sup> <sup>2</sup> selbstständig    <sup>1</sup> <sup>2</sup> braucht Hilfe (z.B. beim Schneiden)    <sup>1</sup> <sup>2</sup> komplett hilfsbedürftig

### Kau- und Schluckstörungen

<sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Störungen    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Magensonde    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Nahrungskarenz    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Trinkkarenz

### Diät

<sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ein-/Durchschlafen

<sup>1</sup> <sup>2</sup> keine Probleme    <sup>1</sup> <sup>2</sup> sporadische Störungen    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Schlaf-Wach-Rythmus gestört

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 1 mal    <sup>1</sup> <sup>2</sup> 2-3 mal    <sup>1</sup> <sup>2</sup> mehr als 3 mal

Bekommt der Patient Schlafmittel?    <sup>1</sup> <sup>2</sup> ja    <sup>1</sup> <sup>2</sup> nein



### Aktuelle Therapien

<sup>1</sup> <sup>2</sup> keine    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Physiotherapie    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Logopädie    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Psychotherapie  
<sup>1</sup> <sup>2</sup> Chemotherapie    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Stomatherapie    <sup>1</sup> <sup>2</sup> Sonstige

### Wie ist der Patient vom Wesen und Charakter her? (kurze Beschreibung)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Tagesablauf

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 2. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

### Anforderungen an das Personal

Geschlecht

Frau     Mann     keine Präferenz

Alter (in Jahren)

20-30     30-40     40-50     älter als 50     keine Präferenz

Sprachkenntnisse

1 (sehr gut)     2 (gut)     3 (befriedigend)

Führerschein

ja, mit Fahrpraxis     nein

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter/-innen?

---



---



---

### Rahmenbedingungen

Lage

Kleinstadt     Großstadt (zentral)     Großstadt (abgelegen)  
 Dorf     Ländlich

Wohnsituation

Einfamilienhaus     Mehrfamilienhaus     Wohnung

Sonstige:

---

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

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

Bemerkungen:

---

Ausstattung des Zimmers für den/die Mitarbeiterin

eigenes Bad     Bett     Tisch     Schrank     Radio     Tv     Internet

Bemerkungen:

---



---



---



---



### Zusätzliche Voraussetzungen

Haustiere

keine       Wenn ja, welche

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:

ja       nach Bedarf       nein

Sollen kleine Gartenarbeiten mit übernommen werden:

keine       Wenn ja, welche:

---

---

Hauswirtschaftliche Versorgung

immer       ab und zu       nein

Bügeln

immer       ab und zu       nein

Begleitung zu Arztbesuchen

immer       ab und zu       nein

Einkäufe/Kochen/Essenvorbereitung

immer       ab und zu       nein

Liebblingslebensmittel und Getränke: \_\_\_\_\_

---

Gibt es eine Haushaltshilfe

nein       Wenn ja, wie oft kommt diese zum Einsatz?

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt: \_\_\_\_\_

---

---

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

