



HÄNDE HELFEN HÄNDEN

Die Agentur mit 24h Betreuung



Fragebogen zur Dienstleistung

Unsere Angebot und unsere Personalvorschläge sind unverbindlich.

Allgemeine Angaben

Kontaktperson

Daten der zu betreuenden Person

Anrede Frau Herr

Anrede Frau Herr

Name
 Vorname
 Adresse
 Straße / Haus- Nr.
 PLZ / Ort
 Telefon (Privat)
 Telefon (Arbeit)
 Mobiltelefon
 Geburtsdatum
 E-Mail Adresse
 Verwandtschaftsgrad
 Vertragspartner? JA NEIN
 Rechnungsempfänger? JA NEIN

Name
 Vorname
 Adresse
 Straße / Haus- Nr.
 PLZ / Ort
 Telefon (Privat)
 Telefon (Arbeit)
 Mobiltelefon
 Geburtsdatum
 Allein wohnend?
 Größe (cm)
 Gewicht (Kg)
 Raucher JA NEIN

Angaben zu 2. Kontaktperson / Notfallkontakt

Frau / Herr
 Name
 Straße / Haus- Nr.
 Telefon (Privat)
 Mobiltelefon
 Verwandtschaftsgrad

Vorname
 PLZ / Ort
 Telefon (Arbeit)
 E-Mail Adresse
 Vertragspartner? JA NEIN

Angaben zum Hausarzt

Name	Vorname
Straße / Haus- Nr.	PLZ / Ort
Telefon	Fax

Gesundheitsmerkmale der zu betreuenden Person

Vorhandene Pflegestufe	Kein <input type="checkbox"/> 0. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>
Ist bereits ein Pflegedienst tätig?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Beantragt <input type="checkbox"/>
Falls „JA“	- wie oft ? (täglich)
	- für welche Tätigkeiten ?
Wird weiterhin in Anspruch genommen?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Gibt es zurzeit bereits eine Betreuung?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung vorhanden?	JA <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Nicht <input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung vorhanden?	JA <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Nicht <input type="checkbox"/>
Persönliche Orientierung vorhanden?	JA <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Nicht <input type="checkbox"/>
Sprache - Kommunikation möglich?	Gut <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/>
Hörvermögen - Kommunikation möglich?	Gut <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/>
Sehvermögen	Gut <input type="checkbox"/> Zeitweise <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/>
Mobilität	Selbstständig <input type="checkbox"/> Hilft mit <input type="checkbox"/> Überw. im Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Nicht möglich <input type="checkbox"/>
Transfer Bett - Rollstuhl	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürft. <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/>
Vorhandene Hilfsmittel	Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Badewannenlifter <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	Wöchentlich <input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürft. <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/>
Körperpflege	selbstständig mit Hilfe kompl. Unterstütz.
Gesicht / Mundpflege / Zahnprothese	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>
Haare waschen / kämmen	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	Selbstständig <input type="checkbox"/> Mit Hilfe <input type="checkbox"/> Komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>

Essen / Trinken

Selbstständig Mit Hilfe Komplett hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

Keine Störungen

PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät

Keine Ja Welche:.....

Ein- / Durchschlafen

Keine Probleme Sporadisch Schlaf- / Wachrhythmus gestört

Wie oft steht der Patient nachts auf?

Einmal 2–3 Mal Mehr als 3x

Bekommt der Patient Schlafmittel?

JA NEIN

Urinkontrolle

Kontinenz Teilw. Inkontinenz Inkontinenz

Stuhlkontrolle

Kontinenz Teilw. Inkontinenz Inkontinenz

Hilfsmittel

Windeln Vorlagen Urinflasche Katheter Bettpfanne

suprapubischer Katheter

Diagnosen / Krankheiten – bitte eintragen:

Alzheimer leicht fortgeschritten

Demenz leicht fortgeschritten

MS-Patient Parkinson Diabetis Schlaganfall Dauerkatheter

Bluthochdruck Tumor Druckgeschwür Herz-Kreislaufkrankung Künstlicher Darmausgang / Stoma

Lähmung Osteoporose

Sonstige Bitte unten anführen

Allergien:

Einschränkungen:

Besonderheiten:

Beliebte Beschäftigungen:

Weitere Person im Haushalt?
Weitere hilfsbedürftige Person?

JA NEIN
JA NEIN

Falls „JA“ bitte einen zweiten Fragebogen ausfüllen.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Bei welchen Personen wird die Hauswirtschaft ausgeführt Patient Kontaktperson In den beiden Haushalten

Personenanzahl Nur Patient Anzahl der Personen _____

Tätigkeiten:

Einkaufen Kochen Essenszubereitung Waschen Bügeln Reinigung /Putzen

Unterstützung, beim Waschen, Duschen, Baden, Eincremen, Mundpflege, Kämmen, Rasieren usw.

Hilfe bei Blasen- und Darmentleerung, Inkontinenzversorgung An- und Auskleiden

Hilfestellung beim Gehen, Stehen, Treppen steigen, Aktivierende Tätigkeiten, Spaziergänge

Arztbegleitung / individ. Fürsorge Vorlesen /Ständ. Ansprechpartner Lagern nach

Plan

Überw. d. Medikamentengabe Pflegedienst unterstützen Weitere Hilfe wird benötigt? z.B. Gartenarbeit?

Ihre Anforderungen an die Betreuung

Geschlecht / ca. Alter (Jahre) Weiblich männlich egal event. gewünschtes Alter: _____

Notwendige Sprachkenntnisse Schwach 4 ausreichend 3 mittel 2 gut 1

Medizinische Ausbildung nicht notwendig nicht maßgebend notwendig

Führerschein notwendig nicht notwendig egal

Raucher / Raucherin gestattet nein bzw. nur im Freien) egal



HÄNDE HELFEN HÄNDE

Weitere Anforderungen:

Rahmenbedingungen

Lage Stadt, zentral Stadt, abgelegen Kleinstadt Dorf Ausserhalb
Einkaufsmöglichkeit zu Fuß Min. 1 Std. zu Fuß nicht möglich
Wohnsituation Wohnung EFH MFH
Gästezimmer Ausstattung Bett Tisch Schrank Radio TV Internet

Anmerkungen:

Bad / Dusche / WC Bad / WC Mitbenutzung eigenes Bad Gäste WC

Anmerkungen:

Verpflegung mit dem Patienten zusammen mit der Familie
Selbstverpflegung erwünscht (Mehrkosten)

Angehörige wohnen im selben Haushalt im selben Haus weiter entfernt

Angehörige kommt zu Besuch 1x woch. 2x wöch. seltener öfter

Sonstige Mitteilungen:

Ich versichere, das die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Dieser Fragebogen gilt (beim Vertragsabschluss) als Leistungsbeschreibung und ist damit Bestandteil des Vertrages zwischen Personal (als Auftragnehmer) und der Familie (als Auftraggeber).

Ort, Datum

Unterschrift

Anhand Ihrer Angaben werden wir Ihnen einen unverbindlichen, auf Ihre persönlichen Bedürfnisse ausgerichteten Vorschlag unterbreiten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Unsere Angebot und unsere Personalvorschläge sind unverbindlich.

Notizen:

Notizen:

Notizen: