

Angaben über gesundheitliche Merkmale:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Blasendauerkatheter | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) |
| <input type="checkbox"/> Demenzielle Erkrankung Stadium: _____ | <input type="checkbox"/> Typ 1 Diabetes | <input type="checkbox"/> Typ 2 Diabetes | <input type="checkbox"/> Typ 2 Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Chronische Diarrhö | <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Speiseröhrenerkrankung | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Tumor |

Gibt es sonstige Erkrankungen?

Liegt eine Harninkontinenz vor? JA NEIN Liegt eine Stuhlinkontinenz vor? JA NEIN

Wenn ja, welche Hilfsmittel werden verwendet?

Werden Hilfsmittel bei Toilettengängen benötigt? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Gibt es ansteckende Erkrankungen? (auch bei Personen, die im Haushalt leben) JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Raucht die zu betreuende Person? JA NEIN

Sprechen

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Hören

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Sehen

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Stehen

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Gehen

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Treppen steigen

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Schlafen/Ruhen

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Ist die zu betreuende Person bettlägerig? JA NEIN

Wenn ja, welche Hilfsmittel werden verwendet? _____

Muss die zu betreuende Person gelagert werden? JA NEIN

Benötigt die zu betreuende Person Unterstützung beim Transfer? JA NEIN

Kann die zu betreuende Person beim Transfer mithelfen? JA NEIN

Werden Hilfsmittel beim Transfer verwendet? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Werden Hilfsmittel zur Fortbewegung verwendet? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Wie häufig benötigt die zu betreuende Person in der Nacht Unterstützung?

Ankleiden

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Duschen/Waschen

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Körperpflege

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Essen

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Trinken

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Schlucken

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Wird die zu betreuende Person künstlich ernährt? JA NEIN

Worauf sollte bei der Zubereitung von Speisen geachtet werden? (Unverträglichkeiten, Kostform, usw.)

Was ist das Leibgericht/Liebingsgetränk?

Angaben über Orientierung:

Situativ

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Örtlich

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Zeitlich

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Personell

- Gut
 Mittel
 Schlecht

Angaben über Gemütszustand:

- | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Offen | <input type="checkbox"/> Enthusiastisch | <input type="checkbox"/> Gereizt | <input type="checkbox"/> Zurückhaltend |
| <input type="checkbox"/> Sensibel | <input type="checkbox"/> Fordernd | <input type="checkbox"/> Bestimmend | <input type="checkbox"/> Fröhlich |

Weitere Angaben:

Angaben über Tätigkeiten der Betreuungskraft:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einkaufen | <input type="checkbox"/> Kochen | <input type="checkbox"/> Unterstützung Nahrungsaufnahme |
| <input type="checkbox"/> Saubermachen | <input type="checkbox"/> Wäschewaschen | <input type="checkbox"/> Bügeln |
| <input type="checkbox"/> Aktivieren | <input type="checkbox"/> Mobilisieren | <input type="checkbox"/> Unterstützung Körperhygiene |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung Toilettengänge | <input type="checkbox"/> Zu Terminen begleiten | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung beim An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Aufstehen/Hinlegen | <input type="checkbox"/> Blumenpflege |

Weitere Angaben:

Angaben über den aktuellen Pflegestatus:

Kommt derzeit ein ambulanter Pflegedienst? JA NEIN

Wenn ja, wie oft? _____

Für welche Tätigkeiten kommt der ambulante Pflegedienst?

Wird die Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen? JA NEIN

Wenn ja, wie oft (wöchentlich)? ____ -mal

Werden bei der zu betreuenden Person Therapien durchgeführt? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

wie oft (wöchentlich)? ____ -mal

Ist ein Notrufsystem installiert? JA NEIN

Angaben zur Betreuungskraft

Wie sollen die Deutschkenntnisse der Betreuungskraft sein?

- Befriedigend Gut Sehr gut

Wann soll die Betreuungskraft anreisen?

Angaben zur Unterkunft:

Wohnt die zu betreuende Person alleine? JA NEIN

Wenn nein, wie viele weitere Personen befinden sich im Haushalt? _____

Soll die Betreuungskraft auch Aufgaben für die Mitbewohner erledigen? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Wird der Einkauf von Angehörigen erledigt? JA NEIN

Wie weit sind die Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß entfernt (Minuten)? _____

Wie ist Ausstattung des Zimmers der Pflegekraft?

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Kleiderschrank | <input type="checkbox"/> Eigenes Badezimmer | <input type="checkbox"/> Tisch |
| <input type="checkbox"/> Fernseher | <input type="checkbox"/> Computer | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Telefon |

Gibt es einen Garten? JA NEIN Gibt es ein Fahrrad? JA NEIN

Sollte die Betreuungskraft über einen Führerschein verfügen? JA NEIN

Automatikgetriebe Schaltgetriebe

Angaben zur Bedarfsermittlung:

Größe _____ Gewicht _____ Hausarzt _____

Alter _____ Krankenkasse Gesetzlich Privat

Pflegegrad

Kein Pflegegrad 1 2 3 4 5

Beantragter Pflegegrad

Nicht beantragt 1 2 3 4 5

Wie erfolgt die Tagesgestaltung?

Selbstständig Mit Unterstützung Unselbstständig