

Vorname,Name*

Straße, Hausnummer

PLZ,Ort

Geburtsdatum

Telefon

Mobil

E-mail*

Fax

Krankenkasse

Größe

Gewicht

Familienstand: Alleine lebend

Verheiratet

Verwitwet

In Gemeinschaft lebend

Konfession: Evangelisch

Katholisch

Muslim

Andere

Raucher: ja nein

Pflegegrad:

Grad:

Seit:

Beantragt am:

Höherstufung: ja nein

Beantragt am:

Vertragspartner: Kunde

Kontaktperson

Kontaktperson Tel. Nr.:

Rechnungsempfänger: Kunde

Kontaktperson

Kontaktperson Tel. Nr.:

Ehepartner Lebenspartner

Sohn

Tochter

sonstige

Bevollmächtigter: ja nein

Vorname,Name*

Straße, Hausnummer

PLZ,Ort

Mobil

Telefon

Büro

E-mail*

Fax

Ehepartner Lebenspartner

Sohn

Tochter

sonstige

Bevollmächtigter: ja nein

Vorname,Name*

PLZ,Ort

Telefon

E-mail*

Straße, Hausnummer

Mobil

Büro

Fax

Sonstige an der Betreuung beteiligte Kontakte:

Name/Bezeichnung

PLZ, Ort

Telefon

E-mail

Fachrichtung

Straße, Hausnummer

Mobil

Büro

Fax

Hausarzt

Facharzt

Pflegedienst

Besuchsdienste

Tagespflege

Fachrichtung:

Angehörige

Name/Bezeichnung

PLZ, Ort

Telefon

E-mail

Straße, Hausnummer

Mobil

Büro

Fax

Welche Aufgaben werden von wem, wann und wie oft übernommen?

Bleiben beteiligte Kontakte auch während der Betreuung weiterhin bestehen? ja nein
 Besteht ein Hausnotrufsystem? ja nein

Kundenbezogene Diagnosen:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altersvergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hypotonie |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> insulinpfl. Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> altersbedingter reduzierter Allgemeinzustand (ohne Diagnose) | | |
| <input type="checkbox"/> Krebs, welcher? | <input type="checkbox"/> Lähmung: | <input type="text"/> | |

- Behinderungen:
- Allergien:
- sonstiges:

Ansteckende Krankheiten: ja nein
 Ansteckende Krankheiten: ja nein

Bemerkungen (seit wann besteht die Krankheit, ist diese konstant oder verändert sich der Zustand?):

Pflegehilfsmittel:

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Gelkissen | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Wannenlift | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze | <input type="checkbox"/> Lagerungshilfen |
| <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Orthesen,welche: | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Prothesen,welche: | <input type="text"/> | | | |

Hilfsmittel zum Transfer: Lift Drehscheibe

Mobilität:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> mobil | <input type="checkbox"/> benötigt Gehstock | <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> sturzgefährdet |
| <input type="checkbox"/> benötigt Rollator | <input type="checkbox"/> Bobath Lagerung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe beim Gehen | <input type="checkbox"/> benötigt Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> 30° Lagerung | <input type="checkbox"/> muss gelagert werde, alle _____ Stunden | | |

(ohne Lagerung) sonstige

Hilfe beim Transfer? ja nein

Welcher Art: Patient kann aktiv mithelfen Teilhilfe des Patienten vollständige Übernahme Pflegepersonal

Häufigkeit:

Kommunikation/Orientierung:

Spricht/versteh deutsch sprachliche Einschränkungen: fremdsprachig

Keine sensorische Aphasie:(Störung Wortfindung) motorische Aphasie(Störung Wortbildung) Heiserkeit

Seheinschränkungen:

keine link kurzsichtig Makuladegeneration

beide rechts weitsichtig blind Sehvermögen zu _____% vorhanden

Höreinschränkungen:

keine leicht mittel schwer gehörlos

Bewusstseinszustand/Vigilanz:

klar ansprechbar zeitweise nicht orientiert depressiv Weglauftendenz

somnolent (Benommenheit) desorientiert (zeitlich, personell, örtlich, situativ) komatös sonstiges:

Schmerzen:

Schmerzwert in die Skala eintragen: (Legende: 0 = kein Schmerz 10 = stärkster vollstellbarer Schmerz)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

R = Ruheschmerz B = Belastungssschmerz Grund:

Behandlung in Schmerzambulanz: ja nein

Ruhe und Schlafen:

Einschlafprobleme Durchschlafprobleme Schlafapnoe (Atemaussetzer)

hält gerne Mittagsschlaf veränderter Tag/Nacht-Rhythmus

gibt es eine Medikation zum Schlafen: ja nein

sind nächtliche Einsätze notwendig: ja nein Art: ca. _____mal/Nacl

Benötigte Hilfe bei Körperpflege und anderen Tätigkeiten:

	selbstständig	unter Anleitung	teilw.selbstständig	komplette Übernahme
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme/Rücken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden/Auskleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewohnheiten / Probleme bei der Durchführung der Körperpflege:

Atmung: Normal Ruhedyspnoe (erschwerzte Atmung) Belastungsdyspnoe (erschwerzte Atmung)
 Atemtraining: ja nein

Hautzustand:

Hauttyp: Normal trocken Mischhaut fettige Haut
 Altershaut Pergamenthaut

Hauterkrankungen: akut chronisch

Dekubitus: ja nein wo?

1. Grad 2. Grad 3. Grad Größe: x cm

Betreuung:

Gewünschter Beginn der Betreuung:

Dauer der Betreuung: ungewiss 1 Monat bis 3 Monate länger als 3 Monate

Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Personal Wohnsituation allgemein:

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung ländlich Anzahl Zimmer
 Großstadt Kleinstadt Dorf zentral qm Wohnfläche

Wohnsituation allgemein:

eigener Wohnbereich eigenes Zimmer Bett Tisch Schrank
 eigenes Bad Radio TV PC Internet

Nachteinsätze:

nie ab und zu häufig jede Nacht ca. Mal

Freizeit:

2-3 Std./Tag 1/2 Tag/Woche 1 Tag/Monat nach Absprache

Wünsche:

Geschlecht: Frau Mann egal Alter: bis: _____ Jahre _____ egal
 Sprachkenntnisse: 1 = sehr gut 2 = gut 3 = befriedigend 4 = ausreichend
 Ausbildung: Seniorenbetreuerin/Hauswirtschaftskraft diplomierte Krankenschwester
 Rauchen: absoluter Nichtraucher egal Raucher Raucher, aber nur draußen
 Führerschein: egal nein ja, mit Fahrpraxis Pkw vorhanden

Haushalt:

Haushaltsführung inkl. Kochen, Wäsche, Hausputz, Einkaufen etc. für 1 Person für 2 Personen

Müssen noch weitere Personen im Haushalt versorgt werden: nein ja: _____

Zusätzliche Anforderungen zur Haushaltsführung:

Begleitung bei Arztbesuchen: immer manchmal nie

Kochen: gut kochen nein, weil: _____

Gartenarbeit: nein freiwillig und zwar: _____

Haustiere: nein ja und zwar: _____

mit versorgen? nein ja

Welche Erwartungen/Vorstellungen haben Sie an die Betreuungskraft?