

Erhebungsbogen



BITTE SENDEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN ERHEBUNGSBOGEN
PER E-MAIL AN: info@pflegepartnerplus.de
PER FAX AN: **09156 – 92 79 811**

A. Allgemeine Angaben des Patienten und der Kontaktperson

Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer (privat): _____

Telefonnummer (mobil): _____

Telefonnummer (Büro): _____

E-Mail: _____

Verwandschaftsgrad: _____

Bevollmächtigt: ja nein

Wer unterschreibt den Vertrag: Kontaktperson als Vertragspartner und Rechnungsempfänger

Die Rechnung kann ausschließlich per E-Mail zugeschickt werden: ja nein

Patient

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer (privat): _____

Telefonnummer (mobil): _____

Geburtsdatum: _____

Größe in cm: _____

Gewicht in kg: _____

Familienstand: verheiratet verwitwet alleinstehend

Pflegebedürftige Mitbewohner: _____

Andere Personen im Haushalt: _____

Sonstiges Informationen: _____

Wer unterschreibt den Vertrag: Patient als Vertragspartner und Rechnungsempfänger

Die Rechnung kann ausschließlich per E-Mail zugeschickt werden: ja nein

Pflegegrad

Bereits zugeteilt:	keiner	1	2	3	4	5
Beantragt:	keiner	1	2	3	4	5

B. Angaben über die Pflegesituation

Diagnosen			
Diabetes	Beginnende Demenz	Asthma	Alterbedingte Gehschwäche
Diabetes (m. Insulin)	Demenz	Dekubitus	Schlaganfall: re. li.
Allergien	Alzheimer	Osteoporose	Herzinfarkt
Chronische Diarrhoe	Parkinson	Rheuma	Herzrythmusstörung
Tumore	Depression	Angstzustände	Herzinsuffizienz
Bluthochdruck	Multiple Sklerose	Unfall / Sturz	geschwächt Krankenhaus
sonstige Krankheiten: _____			
ansteckende Krankheiten oder Keime, wenn ja welche: _____			

Ambulante Pflegedienste vor Ort	
Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt:	ja nein
Falls ja, wie oft kommen Pfleger pro. Tag:	_____
Welche Aufgaben verrichten die Pfleger:	_____
Wird der Pflegedienst auch zukünftig genutzt:	ja nein

Kommunikation				
Hören:	uneingeschränkt	eingeschränkt	stark eingeschränkt	gehörlos
Sprechen:	uneingeschränkt	eingeschränkt	stark eingeschränkt	verstummt
Sehen:	uneingeschränkt	eingeschränkt	stark eingeschränkt	blind
Hilfsmittel:	Hörgerät	Brille		

Orientierungsvermögen			
Persönlich:	ja	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
Räumlich:	ja	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt
Zeitlich:	ja	teilweise eingeschränkt	sehr eingeschränkt

Mobilität - generell				
Stehen:	uneingeschränkt	eingeschränkt	stark eingeschränkt	
Gehen:	uneingeschränkt	eingeschränkt	stark eingeschränkt	
Treppen steigen:	uneingeschränkt	eingeschränkt	stark eingeschränkt	
Sturzgefahr:	ja	nein		
Hilfsmittel:	Rollator	Rollstuhl	Gehstock	Treppenlift

Transfer - Bett / Rollstuhl / Dusch- oder Toilettenstuhl

selbstständig (kein Transfer)		Patient Bettlägerig (kein Transfer)		
mit leichter Unterstützung (Hand reichen)		vollständige Transferübernahme mit Patienten/Hebelift		
Patient muss gestützt werden				
Hilfsmittel:	Pflegebett	Dekubitus-Matratze	Hebegurt	Patienten/Hebelift
	Badewannenlift	Toilettenstuhl		

Inkontinenz

Urinkontrolle:	kontinent	teilw. inkontinent	inkontinent	
Stuhlkontrolle:	kontinent	teilw. inkontinent	inkontinent	künstl. Darmausgang
Hilfsmittel:	Windeln	Vorlagen	urinflasche	Katheter-Blase Katheter-Bauchdecke

Nutzung kostenloser Pflegemittel

erfolgt bereits nicht nötig erwünscht

Einschlafen und Durchschlafen

problemlos	gelegentlich Störungen		
Einnahme Schlafmittel:	ja	gelegentlich	nein

Nachteinsätze

keine sporadisch 1 mal pro Nacht 2-3 mal pro Nacht mehr als 3 mal pro Nacht

An- / Auskleiden

selbstständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Baden / Duschen und Körperpflege

selbstständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen / Trinken

selbstständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen

keine Störungen PEG-Sonde

Diät und Speiseplän

keine falls ja, was genau:

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Patienten

offen bestimmend fordernd zurückhaltend umgänglich

Persönlichkeitsveränderung

Eigensinn Unruhe Weglauftendenz Apathie (Teilnahmslosigkeit)

Andere: _____

Hobbies und besondere Interessen des Patienten

C. Anforderungen an das Personal

Profil des Personals

Geschlecht: männlich weiblich egal

Alter (circa): 20 bis 30 30 bis 40 40 bis 50 älter als 50

Sprachkenntnisse deutsch: Nicht immer entspricht das Sprachniveau unseren deutschen Vorstellungen. Aus diesen Gründen finden Sie unten unsere ergänzenden Sprachbeschreibungen.

sehr gut: Nahezu alle sprachlichen Herausforderungen des täglichen Lebens können bewältigt werden. Verständigung spontan und strukturiert, natürlich mit osteuropäischem Akzent.

gut: Verständigung in routinemäßigen Situationen mit zusammenhängenden Sätzen, bei Verwendung klarer deutscher Sprache. Grammatikalisch ergeben sich „Stolpersteine“.

mittel: Grundkenntnisse, elementare Unterhaltung mit eingeschränktem Wortschatz, Verständigung auf eher einfacher Art.

einfach: Nur einzelne Wörter, Verständigung mit Schwierigkeiten.

Führerschein: ja, mit Fahrpraxis nicht notwendig

Rauchen gestattet: ja, im Freien nein

Welche besonderen Erwartungen stellen Sie an die entsendete Betreuungskraft?

Gewünschter Starttermin für die Betreuung: schnellstmöglich zum: _____

D. Haushalt und Wohnsituation

Rahmenbedingungen

Wohnsituation:

Großstadt	Kleinstadt	Dorf	ländlich		
Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung	Anzahl der Zimmer: _____		
Wohnfläche in m ² :	bis 80	bis 110	bis 150	bis 200	über 200

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (zu Fuß erreichbar):

bis 10 min	bis 20 min	bis 40 min	bis 60 min	über 1 Stunde
Fahrrad vorhanden:	ja	nein		

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

eigenes Bad	eigenes Bett	Tisch	Schrank	Radio
TV	Internetzugang	Telefon-Auslands-Flat		

Freizeitregelung der Kraft (keine Anwesenheitspflicht)

Täglich 2 Stunden (muss gewährleistet werden!)

zusätzlich: zweimal ½ Tag pro Woche alternativ ein ganzer Tag pro Woche

Die Freizeit für die Betreuungskräfte ist sehr wichtig, denn nur wer seine Kräfte regelmäßig regenerieren kann, der kann auch gut pflegen und betreuen.

Zusätzliche Informationen und Voraussetzungen

Haustiere:	keine	wenn ja, welche: _____
Sollen diese Tiere mitversorgt werden:	ja	nein nach Bedarf

Betreuung und Hilfestellung:

Wohnungsreinigung	ja	nein	<u>Achtung:</u> Fenster putzen freiwillig, keine Pflicht!
Haushaltshilfe vorhanden	ja	nein	Falls ja, wie oft in der Woche: _____
Einkäufe	ja	nein	
Kochen	ja	nein	Falls ja, für _____ Personen inkl. Betreuungskraft
Hilfe beim Essen	ja	nein	
Wäsche waschen	ja	nein	
Bügeln	ja	nein	
Leichte Gartenarbeit	ja	nein	
Ausflüge	ja	nein	
Freizeitgestaltung	ja	nein	
Spazieren gehen	ja	nein	

Begleitung bei Arzt- und Apothekenbesuchen:	immer	gelegentlich	nie
---	-------	--------------	-----

E. Normale Tagesstruktur (bitte die Uhrzeiten immer mit angeben!)

Uhrzeit morgens

Uhrzeit vormittags

Uhrzeit mittags

Uhrzeit nachmittags

Uhrzeit abends

Uhrzeit nachts

Sonstige Bemerkungen:

F. Abschließende Bemerkungen

Zusammenfassung

Abschließend bitten wir Sie noch um eine kurze Einschätzung, wie Sie den Betreuungsaufwand sehen:

gering mäßig umfangreich erheblich

Wie sind Sie auf PflegePartnerPlus aufmerksam geworden?

Familie / Bekannte Internet Krankenhaus Pflegedienst

Broschüre Empfehlung Sonstiges: _____

Haben Sie sonstige Fragen oder Anregungen?

Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen zu unterzeichnen. Sie bestätigen hiermit nur die Richtigkeit der Angaben. Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Erstellung des Suchprofils und Ihres individuellen Angebotes, welches auf Grundlage der in diesem Erhebungsbogen gemachten Angaben beruht, ist für Sie **unverbindlich** und **kostenfrei**.

Datenschutzhinweis:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Erfassung und Kontaktaufnahme gespeichert werden.

X

Ort

Datum

Unterschrift