

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:	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ und Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer (Privat):	<input type="text"/>
Telefonnummer (Mobil):	<input type="text"/>
Telefonnummer (Büro):	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad:	<input type="text"/>
Bevollmächtigt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wer unterschreibt den Vertrag?	<input type="checkbox"/> Kontaktperson als Vertragspartner und Rechnungsempfänger Die Rechnung kann ausschließlich per E-Mail zugeschickt werden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Patient	
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ und Ort:	<input type="text"/>
Telefonnummer (Privat):	<input type="text"/>
Telefonnummer (Mobil):	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Größe/cm:	<input type="text"/>
Gewicht/kg:	<input type="text"/>
Familienstand:	<input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> alleinstehend
Pflegebedürftige Mitbewohner:	<input type="text"/>
Andere Personen im Haushalt:	<input type="text"/>
Sonstige Informationen:	<input type="text"/>
Wer unterschreibt den Vertrag?	<input type="checkbox"/> Patient als Vertragspartner und Rechnungsempfänger Die Rechnung kann ausschließlich per E-Mail zugeschickt werden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Pflegegrad

- Keiner:
- Falls ja, welcher: 1. 2. 3. 4. 5.
- Beantragt: 1. 2. 3. 4. 5.

B. Angaben über die Pflegesituation

Diagnosen

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Altersbed. Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (m. Insulin) | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Lähmung <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. |
| <input type="checkbox"/> Chronische Diarrhoe | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Stoma/Darmausgang | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Unfall / Sturz | <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> Sehschwäche | <input type="checkbox"/> geschwächt Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten: <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Wenn ja, welche: <input type="text"/> | | | |

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 Pflegedienst auch zukünftig genutzt? Ja Nein

Orientierungsvermögen

- Persönlich: Ja Teilweise eingeschränkt Sehr eingeschränkt
- Örtlich: Ja Teilweise eingeschränkt Sehr eingeschränkt
- Zeitlich: Ja Teilweise eingeschränkt Sehr eingeschränkt

Mobilität– Generell

- Selbständig Leicht gehbehindert Rollator erforderlich Rollstuhl erforderlich

Mobilität – Bett / Rollstuhl / Bett

- Selbständig Mit Unterstützung Komplette hilfsbedürftig Bettlägerig (kein Transfer)

Vorhandene Hilfsmittel

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Dekubitus-Matratze |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Treppenlift | <input type="checkbox"/> Patienten/Hebelift |

Nutzung kostenloser Pflegemittel: erfolgt bereits nicht nötig erwünscht

Urinkontrolle

- Kontinent
 Teilw. Inkontinent
 Inkontinent

Hilfsmittel:

- Windeln
 Vorlagen
 Urinflasche
 Katheter
 Katheter-Bauchdecke

Stuhlkontrolle

- Kontinent
 Teilw. inkontinent
 Inkontinent
 Künstlicher Darmausgang

An- / Auskleiden

- Selbständig
 Mit Hilfe
 Kompletts hilfsbedürftig

Baden bzw. Duschen und Körperpflege

- Selbstständig
 Mit Hilfe
 Kompletts hilfsbedürftig

Essen / Trinken

- Selbständig
 Mit Hilfe
 Kompletts hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

- Keine
 Störungen
 PEG Sonde

Diät bzw. Speiseplan

- Keiner
 Falls ja, was genau:

Einschlafen und Durchschlafen

- Problemlos
 gelegentlich Störungen
 Einnahme Schlafmittel: ja
 nein
 gelegentlich

Nachteinsätze

- Keine
 Sporadisch
 1 Mal pro Nacht
 2 bis 3 Mal pro Nacht

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Patienten

- offen
 bestimmend
 fordernd
 zurückhaltend
 umgänglich

Persönlichkeitsveränderung, wie z.B.:

- Eigensinn
 Unruhe
 Weglauftendenz
 Apathie(Teilnahmslosigkeit), oder anderes:

Hobbies, bes. Interessen des Patienten

C. Anforderungen an das Personal

Profil des Personals

- Männlich Weiblich Egal
 Alter ca. 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 Sprach-Beschreibungen.

- 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 und mit zusammenhängenden Sätzen, bei Verwendung klarer deutscher Standardsprache. Grammatikalisch ergeben sich „Stolpersteine“.
 Befriedigend: Grundkenntnisse, elementare Unterhaltung mit eingeschränktem Wortschatz, Verständigung auf eher einfacher Art.
 Ausreichend: Grundkenntnisse, nur einzelne Wörter, sehr kurze Sätze, Verständigung mit Schwierigkeiten, und die Ansprache muss einfach, langsam und deutlich erfolgen.

Führerschein:

- Ja, mit Fahrpraxis Nicht notwendig

Rauchen gestattet?

- Ja, im Freien Nein

Welche besonderen Erwartungen stellen Sie an die entsendete Betreuungskraft?

Tätigkeiten der Aktivierung bei bestehender Demenz bzw. bei Personen mit einem Risiko für dementielle Erkrankung gewünscht: Ja Ja, prophylaktisch Nein

D. Haushalt und Wohnsituation

Rahmenbedingungen

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung Anzahl Zimmer: / m²
 Großstadt Kleinstadt Dorf ländlich

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (zu Fuß erreichbar):

- bis 10 min bis 20 min bis 40 min bis 60 min > 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

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

Freizeitreglung der Kraft: tägl. 2 Stunden | **zusätzlich:** zwei ½ Tage pro Mo. oder 1 ganzer Tag pro Mo.

Zusätzliche Informationen und Voraussetzungen

Haustiere:

- keine Wenn ja, welche:
 Sollen diese Tiere mit versorgt werden? Ja Nach Bedarf Nein

Betreuung u. Hilfestellung bei:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|---|
| Einkäufe | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Kochen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="checkbox"/> Kochen für <input type="text"/> Personen inkl. Betreuungskr. |
| Hilfe beim Essen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Wäsche waschen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Bügeln | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Leichte Gartenarbeit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Wohnungsreinigung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Haushaltshilfe vorh. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="checkbox"/> Falls ja, wie oft in der Woche: <input type="text"/> |
| Ausflüge | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Freizeitgestaltung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Spazieren gehen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |

Begleitung bei Arztbesuchen und Apothekenbesuchen:

- Immer Gelegentlich Nie

Gewünschter Starttermin für die Betreuung:

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.

Ort

Datum

Unterschrift

X