

# FRAGEBOGEN

Auftraggeber / Kontaktperson	Patient 1
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
PLZ / Ort	PLZ / Ort
Straße	Straße
Telefon	Telefon Privat
Handy	Gewicht / Größe <span style="float: right;">kg      cm</span>
Fax	Krankenkasse
E-Mail	Versicherungs-Nr.
Verwandtschaftsgrad	<input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> ledig

Auftraggeber / gesetzlicher Betreuer / Kontaktperson	Patient 2
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
PLZ / Ort	PLZ / Ort
Straße	Straße
Telefon	Telefon Privat
Handy	Gewicht / Größe <span style="float: right;">kg      cm</span>
Fax	Versorgung 2. Person? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
E-Mail	Informationen

## Diagnosen

Altersbedingte Gehschwäche	<input type="radio"/>	Thrombose	<input type="radio"/>	beginnende Demenz	<input type="radio"/>	Diabetes insulinpflichtig	<input type="radio"/>
Schlaganfall rechts links	<input type="radio"/>	Dekubitus	<input type="radio"/>	mittlere Demenz	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>
Kreislaufkrankung	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	volle Demenz	<input type="radio"/>	Tumor	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	Alzheimer	<input type="radio"/>	Depression	<input type="radio"/>
Bluthochdruck niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	Parkinson	<input type="radio"/>	MS	<input type="radio"/>

Sonstige Krankheiten beschreiben:

# FRAGEBOGEN

## Beginn der Versorgung

Beginn: \_\_\_\_\_ Dauer des Einsatzes: \_\_\_\_\_

## Pflegegrad:

<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> Härtefall
-----------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------------

Pflegegrad beantragt:

## Pflegedienst

Erfolgt derzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst:

ja

nein

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden:

ja

nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst (Wie oft?):

## Geistiger Zustand

### Orientierung:

zeitlich  ja  zeitweise  nein

örtlich  ja  zeitweise  nein

zur Person  ja  zeitweise  nein

zur Situation  ja  zeitweise  nein

### Stimmung:

normal  ja  zeitweise  nein

depressiv  ja  zeitweise  nein

aggressiv  ja  zeitweise  nein

wahnhaft  ja  zeitweise  nein

Sonstige Bemerkung:

<b>Sprache</b>	<input type="radio"/> keine Einschränkung	<input type="radio"/> geringe Einschränkung	<input type="radio"/> starke Einschränkung
<b>Hörvermögen</b>	<input type="radio"/> keine Einschränkung	<input type="radio"/> geringe Einschränkung	<input type="radio"/> starke Einschränkung
<b>Sehkraft</b>	<input type="radio"/> keine Einschränkung	<input type="radio"/> geringe Einschränkung	<input type="radio"/> starke Einschränkung
<b>Hörgerät</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>Brille</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

# FRAGEBOGEN

## Essen und Trinken

- selbständig
- braucht Hilfe
- füttern, Essen und Getränke eingeben
- Essen herrichten
- Essen Mundgerecht herrichten & schneiden
- zum Trinken animieren
- teilweise Essen und Getränke anreichen
- volle Übernahme

## Kau- / Schluckstörungen

- ja  nein
- Wenn ja:  bei festen Stoffen  bei Flüssigkeiten  beides

## Schlafstörung

- keine  gelegentlich  Schlaf/Wachrhythmus gestört

## Körperpflege

- selbständig  braucht Hilfe  volle Übernahme

## Bewegung

- selbständig  mit Unterstützung  im Rollstuhl
- bettlägerig  weglaufgefährdet  sturzgefährdet

## Hilfsmittel

- Rollator  Pflegestuhl  Rollstuhl
- Lifter  Hebelifter  Wannenlifter
- Pflegebett  Toilettenstuhl  Dekubitusmatratze
- sonstige Hilfsmittel

## Treppensteigen

- selbständig  mit Unterstützung  nicht möglich

## Transfer Bett/ Rollstuhl

- selbständig  hilft mit  volle Übernahme
- Bettlägerigkeit / kein Transfer möglich

## An-/auskleiden

- selbständig  braucht Hilfe  volle Übernahme

## Ausscheidungen

### Urin

- kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent
- Windeln  Vorlagen  Urinflasche
- Katheter  Puffi  sonstige

### Stuhl

- kontinent  teilweise inkontinent  inkontinent

# FRAGEBOGEN

## Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

- geduldig     ungeduldig     liebevoll     guter Umgangston     manchmal ungehalten

## Haushaltversorgung

Soll der Haushalt neben der Pflege/Betreuung mit übernommen werden?

- ja                       nein                       nach Bedarf

- Wenn ja:     kochen                       Reinigung der Wohnung                       waschen  
 bügeln                       einkaufen                       Fenster putzen

## Personalprofil

Anforderungen und Rahmenbedingungen an das Personal

<b>Geschlecht</b>	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Mann	<input type="radio"/> egal
<b>Alter</b>	<input type="radio"/> bis 30	<input type="radio"/> bis 40	<input type="radio"/> über 40
<b>Körperform</b>	<input type="radio"/> kräftig	<input type="radio"/> starkes Heben	<input type="radio"/> egal
<b>Sprachkenntnisse</b>	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> minimal
<b>Führerschein</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>Raucher</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> egal <input type="radio"/> nur im Freien
<b>Krankenschwester erforderlich</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>Erfahrung erforderlich mit</b>	<input type="radio"/> Demenz	<input type="radio"/> Insulinspritzen	sonstige:

Sonstige Bemerkung:

## Rahmenbedingungen

**Lage**                       Großstadt                       Kleinstadt                       Dorf                       ländlich

**Wohnsituation**                       Villa                       Einfamilienhaus                       Mehrfamilienhaus                       Wohnung

Etage: \_\_\_\_\_    Lift:     ja     nein

Weitere Beschreibung:

# FRAGEBOGEN

**Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß**  ca. 10 Min  ca. 20 Min  ca. 40 Min  länger

## Ausstattung des Zimmers

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Eigene Wohneinheit | <input type="radio"/> eigenes Zimmer im Haus/Wohnung | <input type="radio"/> Internetanschluss |
| <input type="radio"/> Eigenes Bad        | <input type="radio"/> Bett                           | <input type="radio"/> Tisch             |
| <input type="radio"/> Schrank            | <input type="radio"/> Radio                          | <input type="radio"/> TV                |

Bemerkungen:

## Freizeitregelung

- Stundenweise  zwei halbe Tage  ganzer Tag

## Tagesstruktur

Bitte schildern Sie uns eine kurze Tagesstruktur

## Morgens

Wann steht der Patient auf – Uhrzeit: \_\_\_\_\_

- |                       |                          |                            |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Körperpflege:         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Frühstück zubereiten: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Frühstück anreichen:  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Medikamenteneingabe   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstige Bemerkung:

## Vormittags

Hauswirtschaftliche Versorgung:  ja  nein

Sonstige Bemerkung:

## Mittags

- |                         |                          |                            |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Mittagessen zubereiten: | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Mittagessen anreichen:  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Medikamenteneingabe:    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Mittagsschlaf:          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Zeitraum: \_\_\_\_\_

# FRAGEBOGEN

## Nachmittags

Sonstige Bemerkung:

## Abends

Abendessen zubereiten:  ja  nein

Abendessen anreichen:  ja  nein

Medikamenteneingabe:  ja  nein

Körperpflege:  ja  nein

Wann geht der Patient ca. ins Bett . Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkung:

## Nachts

Nächtlicher Hilfebedarf erforderlich:  ja  manchmal  nein wie oft: \_\_\_/Nacht

Lagerung in der Nacht erforderlich:  ja  manchmal  nein wie oft: \_\_\_/Nacht

Medikamenteneingabe:  ja  nein

Wer stellt die Medikamente:

## Wer hat den Patienten empfohlen

Bitte nicht ausfüllen, wird vom Berater ausgefüllt.

Name: \_\_\_\_\_ Einrichtungsname: \_\_\_\_\_