

# FRAGEBOGEN

## Pflege zu Hause

### Ansprechpartner Auftraggeber

Nachname

Vorname

Straße, PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Handy

Angehöriger

Gesetzlicher Betreuer

Sonstige Person

### Angaben zu Pflegeperson/en

Straße, PLZ, Ort

#### Person 1

Nachname

Vorname

Geb. Datum

Körpergröße

Gewicht

Krankenkasse

Vers. Nummer

Pflegegrad

Medikamentengabe

nein    morgens    mittags    abends

#### Person 2

Nachname

Vorname

Geb. Datum

Körpergröße

Gewicht

Krankenkasse

Vers. Nummer

Pflegegrad

Medikamentengabe

nein    morgens    mittags    abends

### Gesetzlicher Betreuer

#### Person 1

Name

PLZ / Ort

Straße

Telefon

Handy

Fax

E-Mail

#### Person 2

Name

PLZ / Ort

Straße

Telefon

Handy

Fax

E-Mail

**Hausarzt**

**Person 1**

Name

PLZ / Ort

Straße

Telefon

Handy

Fax

E-Mail

**Person 2**

Name

PLZ / Ort

Straße

Telefon

Handy

Fax

E-Mail

**Diagnosen zu Pflegeperson/en**

Diagnosen	Person 1		Person 2	
Altersbedingte Gehschwäche				
Bluthochdruck				
Schlaganfall	rechts	links	rechts	links
Herzinfarkt				
Beginnende Demenz				
Volle Demenz				
Tumor				
Parkinson				
Atemerkrankung/Asthma				
Rheuma				
Diabetes Medikamente				
Diabetes Insulinpflichtig				
Sonstige Erkrankungen				

**Ambulanter Pflegedienst**

Beschreibung	Person 1		Person 2	
	Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	ja	nein	ja
Wie oft (bitte Anzahl eintragen)	mal täglich		mal täglich	
	mal wöchentlich		mal wöchentlich	
Was macht der Pflegedienst	Person 1		Person 2	
	Medikamentengabe?			
Pflegeleistung?				
Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?				
Wie oft:				
Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?	ja	nein	ja	nein

**Ambulanter Pflegedienst - Ansprechpartner**

Nachname  Telefon

Vorname  Handy

Ort / PLZ  Fax

Straße

E-Mail

**Geistiger Zustand der Pflegeperson/en**

Beschreibung	Person 1	Person 2
Klar orientiert		
Verwirrt		
Depressiv		
Aggressiv		
Wahnvorstellungen		
Leicht Dement		
Voll Dement		

**Mobilität**

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
Bettlägerig		
Sturzgefährdet		
Weglaufgefährdet		

Transfer Bett/Rollstuhl	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Hilfe		
volle Unterstützung		

Hilfsmittel kommen zur Anwendung	Person 1	Person 2
Rollator/Gehwagen		
Rollstuhl		
Pflegebett		
Wannenlift		
Hebelift		
Toilettenstuhl		
Sonstige Hilfsmittel		

**Körperpflege**

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		

### An- und Auskleiden

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		

### Toilettengang

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		
Teilinkontinenz		
Vollinkontinenz		
Windeln/ Windelhose		
Katheter		
Stoma		

### Essen und Trinken

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		
Schluckstörung		
PEG / Magensonde		

**Schlafen**

Ein- und Durchschlafen	Person 1	Person 2
Bekommt Schlafmittel		
Schlaf-Wach-Rhythmus gestört		

Aufstehen in der Nacht	Person 1	Person 2
Nein		
1 mal		
2-3 mal		
Mehr als 3 mal		

**Wesen und Charakterbeschreibung der Pflegeperson/en**

Beschreibung	Person 1	Person 2
Angaben zur Person, kurze Beschreibung		

**Haushaltsversorgung**

Kochen	Reinigung	Wäsche waschen	Bügeln	Einkaufen
Sonstige Information				

**Personenanzahl im Haushalt** Person/en

**Wer wohnt mit im Haushalt?**

Angehörige Verwandte Lebenspartner

**Sollen auch für die im Haushalt lebende/n Person/en hauswirtschaftliche Versorgung übernommen werden?**

nein ja wenn ja, welche

**Besuch kommt**

täglich wöchentlich monatlich

**Sollen Tiere mit versorgt werden?**

nein ja wenn ja, welche

## Wohnsituation

### Lage

Großstadt

Kleinstadt

ländlich

### Immobilien-Art

Villa

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung (Etage):

### Lift

ja

nein

### weitere Beschreibung

### Unterbringung Betreuungskraft

Eigene Wohneinheit

eigenes Zimmer

Internetanschluss

Eigenes Bad

Fernseher

### Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

ca. 10 Min.

ca. 20 Min.

ca. 40 Min.

länger

## Arbeitsbedingungen/Freizeit

### Tägliche Freizeit

Stunden (3 Stunden täglich muss gewährleistet sein)

### Zusätzlich muss Frei gegeben werden

1 Tag pro Woche

oder

2 halbe Tage pro Woche

Weitere Beschreibung

## Anforderungen an das Pflegepersonal

### Geschlecht

Frau

Mann

egal

### Alter

bis 30

bis 40

über 40

### Sprachkenntnisse

gut

mittel

ausreichend

### Führerschein

ja

nein

### Raucher

ja

nein

egal

## Tagesstruktur

### Morgens

Wann steht der Patient auf - Uhrzeit:

Körperpflege:	ja	nein		
.....				
Frühstück zubereiten:	ja	nein	Frühstück anreichen:	
.....				
Medikamenteneingabe:	ja	nein		
.....				
Sonstige Beschreibung:				
.....				

### Vormittags

Hauswirtschaftliche Versorgung:	ja	nein		
.....				
Sonstige Beschreibung:				
.....				

### Mittags

Mittagessen zubereiten:	ja	nein	Mittagessen anreichen:	
.....				
Medikamenteneingabe:	ja	nein		
.....				
Mittagsschlaf:	ja	von	bis	Uhr
.....				
Sonstige Beschreibung:				
.....				

### Nachmittags

Sonstige Beschreibung:

.....

### Abends

Abendessen zubereiten:	ja	nein	Abendessen anreichen:	
.....				
Medikamenteneingabe:	ja	nein		
.....				
Körperpflege:	ja	nein		
.....				
Wann geht der Patient ins Bett - Uhrzeit:				
.....				
Sonstige Beschreibung:				
.....				

### Nachts

Nächtlicher Hilfebedarf erforderlich:	ja	wie oft:	x/Nacht	nein
.....				
Lagerung in der Nacht erforderlich:	ja	wie oft:	x/Nacht	nein
.....				
Medikamenteneingabe:	ja	nein		
.....				
Sonstige Beschreibung:				
.....				

**Kurze zusätzliche Beschreibung**

**Wer stellt die Medikamente:**

**ambulanter Pflegedienst**

**Angehörige**

.....

**sonstige Personen:**

.....

**Sonstige Beschreibung:**

.....

**Sonstige Angaben oder Fragen, die Sie geklärt haben möchten:**

**Wie sind sie auf somedi aufmerksam geworden?**

Internet

Broschüre

Weiterempfehlung

Krankenhaus

.....

.....

Ich versichere, mit meinem Namen als Ausfüller des Fragebogens, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

## WIE GEHT ES WEITER?



**SCHRITT 1:** Fragebogen ausgefüllt speichern oder ausdrucken.



**SCHRITT 2:** Fragebogen per E-Mail senden ([info@somedie.eu](mailto:info@somedie.eu)) oder faxen (08031 / 6149819).



**SCHRITT 3:** somedi bearbeitet Ihren Fragebogen und meldet sich bei Ihnen.