

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

weitere Beschreibung

ja

nein

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

1Tag 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) oder faxen (08031 / 6149819).



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