

Personendaten

Ansprechpartner Frau Herr

Nachname

Vorname

Telefon

Telefax

Mobil

E-mail

Straße

PLZ/Ort

Wer ist Vertragspartner?

Ansprechpartner

Leistungsempfänger (Patient)

Wer ist Rechnungsempfänger?

Ansprechpartner

Patient

Patient

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Gewicht

Größe

Verhältnis zum Ansprechpartner:

Mutter

Vater

Ehepartner

Angaben zur Betreuung

Stundenweise Betreuung

Std. / Tag

Tage / Woche

Ab wann sollte die Betreuung beginnen?

Wohnverhältnisse

Wohnt der Patient alleine? ja nein Wenn nein, mit wem?

Sind Haustiere vorhanden? ja nein Wenn ja, welche?

Gesundheitszustand

Pflegegrad Kein

Beantragt 1 2 3 4 5 Wenn ja, welcher? 1 2 3 4 5

Pflegedienst

Erfolgt zu Zeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? ja nein mal täglich mal wöchentlich

für Medikamentengabe Grundpflege Medizinische Pflege

Diagnose

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz |
| <input type="checkbox"/> Chron. Durchfälle | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes Insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | | |

Sonstiges Krankheiten:

Probleme in der Kommunikation

- Sprache: keine mäßige massive Probleme
- Hörvermögen: keine mäßige massive Probleme
- Sehkraft: keine mäßige massive Probleme

Hilfsmittel

- Hörgerät: ja nein
- Brille: ja nein

Probleme in der Orientierung

- Zeitlich: keine mäßige massive Probleme
- Örtlich: keine mäßige massive Probleme

Bewegung

- selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig
- Hilfsmittel:
-

Treppensteigen

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
- Hilfsmittel:
-

Körperhygiene**Körperpflege**

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| Gesicht : | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |
| Mundpflege/Zahnprothese: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |
| Oberkörper: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |
| Intimpflege: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |
| Haare kämmen/waschen: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |
| Handpflege: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |
| Fußpflege: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |
| Rasieren: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |
| Ankleiden/Auskleiden: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> volle Unterstützung nötig |

Toilettengang

- Urinkontrolle Kontinenz Teilkontinenz (z.B. nachts) Vollinkontinenz
- Hilfsmittel:
-

- Windel Vorlagen Urinflasche Katheter

Baden/Duschen

- selbständig mit Hilfe
- Hilfsmittel:
-

Allgemeines im Alltag

Essen und Trinken selbständig mit Hilfe
Hilfsmittel:

Schluckbeschwerden PEG Sonde

Diät keine wenn ja, welche welche?

Ein-und Durchschlafen keine Probleme sporadische Störungen Schlafmittel Schlaf-Wach-Rhythmus gestört
Wie oft steht der Patient jede Nacht auf? 1mal 2-3mal mehr als 4mal schläft durch

Rahmenbedingungen

Lage Großstadt Kleinstadt Dorf
Wohnsituation Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung
Wer wohnt mit im Haus (wie viele)? Angehörige Lebenspartner Patient wohnt alleine

Anforderungen an das Personal

Geschlecht

Geschlecht: Frau Mann keine Präferenz
Alter (in Jahren): 20-35 35-50 über 50 egal
Pflegerfahrung: ja nein

Deutschkenntnisse

Grundkenntnisse (verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig) erweiterte Grundkenntnisse (verstehen gut, sprechen nur einfache Sätze)
 gute Kenntnisse (einfache Unterhaltung ist möglich) sehr gute Kenntnisse (Unterhaltung auf gutem Niveau möglich)

Führerschein

ja, Auto ist vorhanden, kann von der Betreuerin genutzt werden und ist entsprechend versichert.
 nein egal

*Bei Übergabe eines Fahrzeugs an den Dienstleistungserbringer, werden im Falle einer etwaigen Beschädigung des Fahrzeugs oder seines Diebstahls keine Ansprüche gegenüber dem Dienstleister und dem Dienstleistungserbringer gestellt.

Nichtraucher/in ja egal

Ausstattung des Zimmers für den / die Betreuer / -in

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV
 Ein Internetzugang steht zur Verfügung Wenn nicht, besteht die Möglichkeit ein Internetzugang zu installieren
 Eine Flatrate für Gespräche ins Ausland steht zur Verfügung (Die Pflegerin darf die Möglichkeit 2-3-mal pro Woche nach Polen telefonieren, die Kosten hierfür werden vom Auftraggeber übernommen)

Bemerkungen:

Allgemeine Fragen

Ist die zu betreuende Person bettlägerig? ja nein
Muss die zu betreuende Person umgelagert werden? ja nein
Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett? ja nein
Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ja nein

Sonstiges

Sonstige Angaben oder Fragen, die Sie klären möchten:

Das Angebot, welches ich aus den von Ihnen in diesem Fragebogen getätigten Angaben erstelle ist für Sie unverbindlich.

Ich kann Ihnen versichern, dass die zuvor getätigten Angaben vollständig und richtig sind. Unvollständige oder unrichtige Angaben können nachträglich das Angebot ändern und zu Mehrkosten führen.

Wir können Ihnen versichern, dass die von Ihnen getätigten Angaben vertraulich behandelt werden und die von Ihnen in diesem Fragebogen übermittelten personenbezogenen Daten von unserer Agentur nur zum Zweck der Angebotserstellung verwendet werden. Es erfolgt zur Angebotserstellung eine Übermittlung der Daten an Dritte. Die Daten werden auf keinem Fall zu Werbezwecken verwendet. Wenn es zu keiner Vermittlung durch unsere Agentur kommt, wird dieser Fragebogen nach 3 Monaten vernichtet.

Wie sind Sie auf La Vita Senior aufmerksam geworden?

Suchmaschine Empfehlung Sozialdienst

Anzeige wo?

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen. **Datenschutzerklärung**