

## Fragebogen Pflege zu Hause

Bitte füllen Sie das Formular aus und wir werden mit Ihnen innerhalb 24 Std. telefonisch Kontakt aufnehmen!

**Ansprechpartner:** Frau  Herr

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

**Leistungsempfänger:**  Einzelperson  Ehepaar

**Person 1**  Frau  Herr

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_ cm Gewicht \_\_\_ kg Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Person 2**  Frau  Herr

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_ cm Gewicht \_\_\_ kg Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Verhältnis zum Ansprechpartner:**  Mutter  Vater  Ehepartner  \_\_\_\_\_

### Pflegegrad:

**Person 1**  2  3  4  5  Härtefall

**Person 2**  2  3  4  5  Härtefall

**Ab wann ist Pflege nötig?** \_\_\_\_\_

**Diagnose**

**Person 1**

**Person 2**

Altersbedingte Gehschwäche  
Bluthochdruck  
Schlaganfall  rechts  links  
Herzinfarkt  
Diabetes  insulinpfl.  
Tumor  
Parkinson  
Sonstige Krankheiten Person 1: \_\_\_\_\_  
Sonstige Krankheiten Person 2: \_\_\_\_\_

**Geistiger Zustand**

**Person 1**

**Person 2**

klar  
verwirrt  
depressiv  
aggressiv  
depressiv  
Demenz  
Alzheimer

**Mobilität / Bewegung**

**Person 1**

**Person 2**

selbständig  
mit Hilfe  
mit Rollator  
mit Rollstuhl  
bettlägerig

**Muss Person 1 angehoben werden?**

ja  nein

**Muss Person 2 angehoben werden?**

ja  nein

**Essen und Trinken**

**Person 1**

**Person 2**

selbständig  
mit Hilfe  
PEG Sonde  
Schluckenprobleme  
Diät

**Transfer Bett / Rollstuhl**

	Person 1	Person 2
selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebesitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebegürt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel:</b>		
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Toilettengang**

	Person 1	Person 2
selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ein- und Durchschlafen**

	Person 1	Person2
bekommt Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf-wach-Rhythmus gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Steht die Person nachts auf?**

Person 1:	<input type="checkbox"/> 1 mal	<input type="checkbox"/> 2-3 mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3 mal	nein <input type="checkbox"/>
Person 2:	<input type="checkbox"/> 1 mal	<input type="checkbox"/> 2-3 mal	<input type="checkbox"/> mehr als 3 mal	nein <input type="checkbox"/>

**Wie ist der Patient von Wesen und Charakter?**

**Person 1**

\_\_\_\_\_

**Person 2**

\_\_\_\_\_

**Hauswirtschaftliche Tätigkeiten für die zu betreuende Person:**

Kochen    Reinigung    Wäsche waschen    Bügeln    Einkaufen

Sollen die Tiere mitversorgt werden?    ja    nein   welche: \_\_\_\_\_

**Pflegedienst**

**Erfolgt zur Zeit Versorgung durch Pflegedienst?**

	Person 1	Person 2
ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mal täglich /	—	—
mal wöchentlich	—	—

**Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?**

ja     nein                       ja     nein

**Wer wohnt mit im Haushalt:**  Angehörige     Verwandte     Lebenspartner

**Kommen zu Besuch:**             täglich     wöchentlich     monatlich

**Soll auch für die im Haushalt lebende Person/en hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden?**

nein                      Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Personenzahl im Haushalt:** \_\_\_\_\_

**Lage:**                       Großstadt             Kleinstadt     Dorf     ländlich

**Wohnsituation:**         Einfamilienhaus     Mehrfamilienhaus     Wohnung

**Abholungsort:** \_\_\_\_\_

**Ausstattung des Zimmers für den/die Betreuer/-in:**

Eigenes Zimmer             Internetanschluss     Festnetz     Eigenes Bad

**Freizeitausgleich des Pflegepersonals:**

2 Std. pro Tag (muss gewährleistet sein)  
 2 halbe Tage in der Woche oder  
 1 freier Tag in der Woche

**Personalanforderungen:**

- Geschlecht:**  weiblich  männlich  egal  
**Alter:**  unter 35  35-50  über 50  egal  
**Pflegeerfahrung:**  ja  egal  Krankenschwester  
**Deutsche Küche:**  ja  egal  
**Aktiver Fahrer:**  ja  egal  
**Nichtraucherin:**  ja  egal  
**Tierlieb:**  ja  egal

**Deutschkenntnisse:**

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

**Weitere Wünsche auf die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungskraft:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf ProfiAssist Ltd. aufmerksam geworden?**

- über´s Internet  Broschüre  Weiterempfehlung  
 Bekannte / Nachbarn / Freunde  Presse / Zeitung

**Datum**

**Unterschrift**

**Wir bedanken uns für Ihre Mühe und freuen uns auf ein persönliches  
Gespräch mit Ihnen!**