

Kundenfragebogen

1. Zu betreuende Person 1. (Einzelperson)

Name: _____

Anschrift: _____

Postempfänger _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/Fax: _____

Mobil: _____

Email: _____

1.1. Zu betreuende Person 2. (Partner/-in, Lebensgefährte/-in, Ehefrau/-mann)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Mobil: _____

Email: _____

1.2. Kontaktperson / Angehörige / Ansprechpartner

Name: _____

Anschrift: _____

Postempfänger _____

Telefon/Fax: _____ Mobil: _____

Email: _____

Geschäftlich: _____

Verhältnis zur betreuenden Person/en (Kind/Enkel/etc.): _____

2. Wohnverhältnisse

Die zu betreuende/n Person/en lebt/leben

in einem Haus in einer Wohnung

Im Haushalt wohnen insgesamt _____ Personen

Sind Haustiere vorhanden? Nein ja welche? _____

Die Betreuungskraft wird untergebracht:

in _____ Zimmer(n) Ausstattung: mindestens Bett und Schrank,
ein Fernseher wird zusätzlich zur Verfügung gestellt

kann ein getrenntes Bad/WC benutzen

Sonstiges: _____

die Betreuungskraft darf 1 – 2 Mal pro Woche ihre Familie in Polen anrufen.

es wird eine Flatrate für Telefonate ins Ausland abgeschlossen bzw. existiert.

Internet vorhanden

Internet nicht vorhanden

Ein Internetanschluss wird eingerichtet

3. Angaben zum Auftrag (Auftragszeit)

Einsatzbeginn ist

so schnell wie möglich

ab dem _____

4. Krankheitsbild der zu betreuenden Person/-en

	zu Person 1	zu Person 2
Einstufung des Pflegegrades	(wenn ja welche? _____)	(wenn ja welche? _____)
	<input type="checkbox"/> wurde beantragt	<input type="checkbox"/> wurde beantragt
	<input type="checkbox"/> ist derzeit nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> ist derzeit nicht erforderlich
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MS-Patient*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehbehinderung (Blindheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	

4.1. Auswirkungen von Erkrankungen, Behinderungen und Leiden

	zu Person 1	zu Person 2
Bettlägerigkeit*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin-Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl-Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheter vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu Person 1	zu Person 2
Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störung Tag/Nacht Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG Sonde vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Markumarpatient/in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Steht Nacht bis zu 2 x auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Steht Nacht mehr als 2 x auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.2. Hilfestellungen sind in erforderlichlich bei

- | | zu Person 1 | zu Person 2 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nahrungszubereitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen/Zubettgehen* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lagern* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehen* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen/Baden* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kämmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundhygiene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinführen/Benutzen WC* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gewicht (nur bei mit * gekennzeichneten Punkten) | | |
| | _____ kg | _____ kg |

4.3. Vorhandene Hilfsmittel

- | | zu Person 1 | zu Person 2 |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehstock | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollator/Gehhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badewannenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antithrombose-Strümpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4. Bisherige Versorgung des/der Kunden

selbstständig durch Angehörige amb. Pflegedienst

Wenn ein ambulanter Pflegedienst die bisherige Versorgung übernommen hat, kommt dieser Weiterhin?

- nein
 ja - welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst durchgeführt und wie oft kommt er?

Bitte beachten Sie, dass die Betreuungskräfte keine Tätigkeiten übernehmen dürfen, die in den Bereich der medizinischen Behandlungspflege (z.B. medikamentöse Behandlung) fallen. Hierfür ist eine examinierte und anerkannte Pflegefachkraft erforderlich.

5. Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht unwichtig weiblich männlich

Mindestalter unwichtig ab _____ Jahre

Führerschein unwichtig erforderlich

Tierlieb unwichtig ja nein

5.1. Sprachkenntnisse der Betreuungskraft

- Die Betreuungskraft verfügt über Grund Kenntnisse der deutschen Sprache, einfache Anweisungen und Unterhaltungen sind möglich.

- Die Betreuungskraft verfügt über Ausreichend gute Kenntnisse der deutschen Sprache. Viele Unterhaltungen sind möglich.

- Unterhaltungen sind in einer anderen Sprache möglich und zwar in _____

5.2. Platz für weitere/sonstige Bemerkungen

6. Tagesablaufplan für

- Frau Herrn Familie
-

Zur besseren Organisation möchten wir Sie um eine kurze Schilderung des Tagesablaufs bitten.

6.1. Zeitlicher Überblick

___: ___ Uhr: _____

___: ___ Uhr: _____

___: ___ Uhr: _____

___: ___ Uhr: _____

___: ___ Uhr: _____

___: ___ Uhr: _____

6.2. Persönliche Vorlieben

	zu Person 1	zu Person 2
Spaziergänge unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Literatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges _____

6.3. Spezielle Wünsche bei der Speisezubereitung

Frühstück:

Mittagessen:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Zwischendurch:

7. Platz für weitere/sonstige Bemerkungen

8. Wie Sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ort, Datum

Pflegeperson/Angehöriger