

Fragebogen zur Optimierung unseres Einsatzes

Angaben zum Patienten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Gewicht u. Größe des Patienten	

Angaben zur Wohnsituation

Die zu betreuende Person lebt	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> einem Haus<input type="radio"/> in einer Wohnung <p>vonqm mit Zimmern</p> <p>Einkaufsmöglichkeiten, Zu Fuß oder mit dem Fahrrad</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 5-10 Minuten<input type="radio"/> 10-20 Minuten<input type="radio"/> 20-30 Minuten
Anzahl der Personen im Haushalt	
Fallen für die Zusatzperson(en) weitere Arbeit(en) an? Wenn ja, welche?	
Haustiere vorhanden?	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nein<input type="radio"/> Ja, und zwar:

Krankheitsmerkmale	
Bettlägerigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gehbehinderung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> benutzt einen Rollstuhl <input type="radio"/> benutzt einen Rollator <input type="radio"/> benutzt einen Gehstock <input type="radio"/> sturzgefährdet
Inkontinenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Teilinkontinenz <input type="radio"/> Vollinkontinenz
Alzheimer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beginnend/leicht <input type="radio"/> fortgeschritten
Demenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beginnend/leicht <input type="radio"/> fortgeschritten
Allergiker (wenn ja, bitte kurze Erläuterung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Signifikante Unverträglichkeiten (wenn ja, bitte kurze Erläuterung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstige Krankheiten	<input type="radio"/> Ms-Patient <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Bluthochdruck <input type="radio"/> Schwerhörigkeit <input type="radio"/> Tumor <input type="radio"/> Depression <input type="radio"/> Herz -Kreislaufkrankung <input type="radio"/> Künstlicher Darmausgang / Stoma

	<input type="radio"/> Dauerkatheter <input type="radio"/> Parkinson <input type="radio"/> Kau- und Schluckstörungen <input type="radio"/> Osteoporose <input type="radio"/> Lähmung <input type="radio"/> Schlafstörungen <input type="radio"/> Sonstige:
Pflegegrad	<input type="radio"/> Pflegegrad 2 <input type="radio"/> Pflegegrad 3 <input type="radio"/> Pflegegrad 4 <input type="radio"/> Pflegegrad 5 <input type="radio"/> Kein <input type="radio"/> ist beantragt
Ein ambulanter Pflegedienst kommt regelmäßig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Müssen Nachtschichten gemacht werden?	<input type="radio"/> Keine Nachtschicht benötigt <input type="radio"/> Nachtschicht wird benötigt (wenn ja, wie häufig muss nachts betreut werden?)
Was muss bei Nachteinsätzen gemacht werden?	
Welche anderen Informationen sind für die betreuende Person von Bedeutung?	

Welche Leistungen sollen erbracht werden?

Grundpflege (Bitte nennen Sie die zu verrichtenden Arbeiten (z.B. Körperpflege, Windeln wechseln etc.)	
--	--

Hauswirtschaftliche Arbeiten	
(Bitte nennen Sie die zu verrichtenden Arbeiten)	

Anforderungen an den/die Betreuer/-in

Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> nicht wichtig
Alter	<input type="radio"/> Von _____ bis ____ ____ <input type="radio"/>
Deutsche Sprachkenntnisse	<input type="radio"/> Grundkenntnisse <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> Sehr gut
Ausbildung	<input type="radio"/> Praktische Erfahrung als Haushaltshilfe <input type="radio"/> Medizinische Ausbildung in Polen, aber ohne Medikamentenausgabe bei der zu betreuenden Person (<i>in Deutschland nicht anerkannt</i>) <input type="radio"/> Gute Allgemeinbildung
Gewünschte Einstellung zum Rauchen	<input type="radio"/> Raucher/-in <input type="radio"/> Nichtraucher/-in
Führerschein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein
Der Pflegekraft stehen zur Verfügung:	eigenes Zimmer TV Badezimmer zur eigenen Nutzung Fahrrad PKW Internetanschluss Festnetztelefon
Ab wann wird die Betreuung voraussichtlich benötigt ?	

Angaben zum Auftraggeber und Kontaktpersonen

Name	
Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	Festnetz: Mobilnetz: Andere:
E-Mail	

Wir möchten uns herzlich bedanken für das Ausfüllen dieses Formulars. Das wird uns sicherlich helfen, die am besten geeignete Betreuungsperson zu finden. Ihre uns zur Verfügung gestellten Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



Joanna Winiecki-Panck, Von-Bodelschwingh-Str.6, 40667 Meerbusch