



Das Ausfüllen des Fragebogens ist für uns hilfreich, um für Sie ein detailliertes Angebot zu erstellen.

1. **PERSONENDATEN**

- **Ansprechpartner**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefon/Handy:

E-Mail:

- **Leistungsempfänger**

Name und Vorname:

Adresse:

Telefon/Handy:

E- Mail:

2. **ANGABEN ZUR PFLEGE**

Größe: cm

Gewicht: kg

Alter:

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum:

Pflegestufe:

ja nein eine Pflegestufe ist beantragt

Stufe 1. 2. 3. Härtefall

.....



3. **VERHÄLTNIS DES LEISTUNGSEMPFÄNGER ZUM**

ANSPRECHPARTNER

Mutter Vater oder

• **Wer soll Vertragspartner werden?**

Ansprechpartner Leistungsempfänger

• **Rechnungsstellung erfolgt an:**

Ansprechpartner Leistungsempfänger

4. **GESUNDHEITSMERKMALE**

• **Mobilität:**

selbständig mit Unterstützung Rollstuhl bettlägerig

Die Pflegeperson:

...muss angehoben werden ... kann dabei mithelfen ... kann selbständig aufstehen

Transfer Bett/Rollstuhl:

selbständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig, kein Transfer

Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator Unterarmgehstützen

• **geistiger Zustand:**

klar apathisch teilnahmslos
verwirrt depressiv aggressiv

• **Toilette:**

selbstständig mit Hilfe Teilinkontinenz Vollinkontinenz

Hilfsmittel

Vorlagen Urinflasche Windeln Dauerkatheter

• **Orientierung:**

zeitlich ja zeitweise gar nicht
Örtlich ja zeitweise gar nicht
persönlich ja zeitweise gar nicht

Alzheimer MS-Patient Parkinson
Demenz Diabetes Schlaganfall
Dauerkatheter Bluthochdruck Schwerhörigkeit
Tumor Druckgeschwür Herzkrankheit
zeitliche Desorientierung räumliche Desorientierung Asthma



- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | | |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Multiple |
| <input type="checkbox"/> Sklerose | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> PGE Sonde | | |

Weitere

Krankheiten:

.....

• **Diät:**

ja (welche): nein

• **Ist ein Pflegedienst beauftragt?**

ja nein

Wenn ja, soll Pflegedienst soll weiterhin kommen?

ja nein

Wie oft täglich? 2x....

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?..Grundpflege....

• **Es besteht Hilfsmittel:**

Hebegurt Hebesitz Patientenlift Wannenlift Hörgerät

Rollator Rollstuhl Pflegebett Dekubitusmatratze Toilettenstuhl

andere

• **Kommunikationsfähigkeit:**

Sprache keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Sehkraft keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Hörvermögen keine Einschränkung geringe Einschränkung starke Einschränkung

Hörgerät ja nein

Brille ja nein

• **Schlafstörung:**

Ein-/Durschschlafen:

keine Probleme sporadisch Schlaf-/Wachrythmus gestört

Nachtruhe:

ungestört gelegentlich gestört oft erhebliche Unruhe

regelmäßig nächtliche Betreuung



Überwachung in der Nacht: ja nein

Wenn ja, wie oft und wie sollte diese

ablaufen?

• **Aktuelle Therapien:**

keine Krankengymnastik Logopädie sonstige **ERGO**

Hobbys:

keine

5. **ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT:**

• **Pflegerische Tätigkeiten:**

An-/ auskleiden	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Mundpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Oberkörper	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Intimpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Gesäß/ Beine	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Haare waschen/kämmen	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Rasieren	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Handpflege	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Toilettengang	selbständig <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung <input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig <input type="checkbox"/>
Windeln wechseln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hilfestellung beim stehen/gehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Begleitung beim Arztbesuch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

weiteres:

.....

• **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:**

Reinigung der Wohnung Kochen (für wie viel Personen?...3.....)
 Wäsche waschen Einkaufen
 Bügeln Freizeitgestaltung
 Spazieren gehen: mit Gehstock mit Gehilfe im Rollstuhl Rollator ohne Hilfe
 aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele)
 24h Rufbereitschaft



6. ANGABEN ZUM HAUSHALT

• **Art des Haushaltes:**

Wohnung Haus Fläche..... m2

• **Anzahl Zimmer:**

..... im EG KG Etage.....

• **Lage:**

Großstadt-zentral Großstadt-abgelegen Kleinstadt
Dorf Ländlich

• **Anzahl im Haushalt lebender Personen:**

• **Wer wohnt mit im Haushalt?:**

Ehepartner Verwandte Bekannte Sonstige

oder bekommen zu Besuch täglich wöchentlich monatlich

• **Ist Gartenpflege erwünscht?**

ja nein

• **Falls ja, welche Gartenarbeiten**

erwünscht? .Blumenpflege.....

• **Ist Haustierpflege erwünscht?**

ja nein

• **Wenn ja, welche?**

• **Ist ein Auto vorhanden?**

ja nein

• **Wenn ja, ist Autofahren erwünscht?**

ja nein

• **Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):**

ca.10 min. ca.20 min. ca.40min. 1 Stunde länger als 1 Stunde

7. PERSONALANFORDERUNGEN

• **Gewünschte Datum des Einsatzbeginns:**

• **Betreuungsdauer:** langfristig nur kurze Zeit steht noch nicht fest

• **Geplante Dauer des Pflegeeinsatzes:** ...

• **Geschlecht:**

Senior Team 24 Sp. z o. o.
ul. Strzebniów 12, 47-320 Gogolin
NIP 1990124522 REGON 385731248
KRS 0000832818
e-mail: info.seniorteam24@gmail.com

weiblich

männlich

2 Personen

egal



Senior Team 24

• **Alter:**

20-30

30-40

40-50

älter als 50 Jahre

egal

• **Kräftige Person:** egal

ja, da schwergewichtiger Patient

• **Pflegeerfahrung:** ja

nein

egal

Krankenschwester

Krankenpfleger/in

• **Kochkenntnisse:** ja, wichtig

nein

egal

• **Nichtraucher/in:** ja, wichtig

egal

• **Führerschein mit Fahrpraxis:** ja, wichtig

nein

egal

• **Tierlieb:** ja, wichtig

egal

• **Deutschkenntnisse:**

Grundkenntnisse – verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig

erweiterte Grundkenntnisse – verstehen gut, sprechen mit Schwierigkeiten

gute Kenntnisse – einfache Unterhaltung ist möglich

sehr gute Kenntnisse – Unterhaltung ohne Einschränkung

• **Referenzen, Zeugnisse:** gern gesehen

ja, wichtig

egal

• **Vorhandene Ausstattung des eigenen Zimmers für die Betreuerin/ den Betreuer:**

eigenes Bad

Bett

Tisch

Schrank

Radio

TV Gerät

Internet Anschluss

Sonstiges

Ort, Datum

Unterschrift

Senior Team 24 Sp. z o. o.
ul. Strzebniów 12, 47-320 Gogolin
NIP 1990124522 REGON 385731248
KRS 0000832818
e-mail: info.seniorteam24@gmail.com



Senior Team 24

Anlage 1 : TAGESABLAUF

Morgens: Baden/Duschen	wecken um:pro Woche	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Vormittags:		
Mittags:		
Nachmittags:		

Senior Team 24 Sp. z o. o.
ul. Strzebniów 12, 47-320 Gogolin
NIP 1990124522 REGON 385731248
KRS 0000832818
e-mail: info.seniorteam24@gmail.com



Senior Team 24

Abends:

Nachts:

Ort, Datum

Unterschrif