

Kontakt

SenioHaus24
Saffeweg 24
38304 Wolfenbüttel

Tel/Fax: 05331 996 94 70
Mobil: 0151 594 07 037
E-Mail: info@seniohaus24.de
www.seniohaus24.de



Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und senden uns diesen per Post, Fax oder E-Mail zu. Wir erstellen Ihnen dann ein unverbindliches Angebot für eine 24h häusliche Pflegebetreuung. Dieser Fragebogen ist Bestandteil des späteren Dienstleistungsvertrages.

1. Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name: Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Fax: E-Mail:

Verwandtschaftsgrad mit der zu betreuenden Person:

2. Angaben zur zu betreuenden Person

Name: Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Fax: E-Mail:

Größe: Gewicht:

Geb.datum:

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5

Beantragt: 1 2 3 4 5

Wohnt die zu betreuende Person allein? ja nein

3. Diagnosen/Krankheitsbilder

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> li. – <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> Laufschwäche | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig) | | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle | | <input type="checkbox"/> Depression | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="text"/> | | | |

4. Sprach-/Hör-/Sehschwierigkeiten

- Sprechen: in Ordnung mäßig massive Probleme
- Hören: in Ordnung mäßig massive Probleme
- Sehen: in Ordnung mäßig massive Probleme
- Hilfsmittel:

5. Orientierung

- zeitlich: ja zeitweise massive Probleme
- örtlich: ja zeitweise massive Probleme
- persönlich: ja zeitweise massive Probleme

6. Bewegung

- selbstständig mit Unterstützung mit Rollstuhl bettlägerig
- Hilfsmittel:

7. Körperpflege/Hygiene

- | | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Hautpflege | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Mundpflege/Zahnprothese | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Haarpflege | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Intimpflege | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Handpflege | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Fußpflege | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |

Sonstige:

8. Kontinenz

- kontinent inkontinent teilweise inkontinent

Hilfsmittel:

9. An-/Auskleiden

- selbstständig mit Unterstützung hilfsbedürftig

10. Nahrungsaufnahme

- selbstständig mit Unterstützung hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

11. Wie oft steht die zu betreuende Person nachts auf?

- 1 mal 2-3 mal häufiger Schlafmittel

Benötigt die zu betreuende Person dabei Hilfestellung?

- ja nein

12. Weitere Fragen zur zu betreuenden Person

Ist die zu betreuende Person bettlägerig? ja nein

Muss die zu betreuende Person gelagert werden? ja nein

Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? ja nein

Benötigt die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer? ja nein

Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? ja nein

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? ja nein

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? ja nein

Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen? ja nein

Wie oft täglich? Für welche Tätigkeiten?

13. Gewünschte Eigenschaften der Betreuer/in

Geschlecht: weiblich männlich egal

Alter: bis 30 ab 40 ab 50 egal

Kochkenntnisse: erforderlich nicht erforderlich egal

Führerschein: erforderlich nicht erforderlich egal

Deutschkenntnisse: sehr gut¹⁾ gut²⁾ mittel³⁾ gering⁴⁾ kaum⁵⁾

Sonstige:

¹⁾ *sehr gut* – Die Betreuungskraft kann sich problemlos verständigen und ist in der Lage Alltagsgespräche zu führen.

²⁾ *gut* - Die Betreuungskraft versteht einfache alltägliche Sätze und ist in der Lage sich gut mit der zu betreuenden Person zu verständigen.

³⁾ *mittel* - Eine einfache Unterhaltung ist möglich.

⁴⁾ *gering* - Die Betreuungskraft versteht einfache alltägliche Sätze und kann sich mit einzelnen Worten verständigen.

⁵⁾ *kaum* - Die Betreuungskraft versteht einfache alltägliche Ausdrücke. Die Kommunikation ist nur geringfügig möglich.

14. Unterkunft am Betreuungsort

- Wohnung Haus Stadt Dorf
-

15. Ausstattung des Zimmers für den/die Pflegebetreuer/in

- eigenes Bad Bett Tisch Schrank
 Computer Internetzugang Radio TV

Sonstiges:

Leben in dem Haushalt Tiere? nein ja, welche:

16. Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar)

- 10 Minuten 20 Minuten länger/weiter wird von der Familie erledigt
-

17. Gewünschter Beginn der Betreuung/Pflege

- schnellstmöglich zum Wunschtermin:
-

Wie sind Sie auf SenioHaus24 aufmerksam geworden?

- Seniorenbüro Familie/Bekannte Internet Zeitung
 Krankenhaus Arzt Sonstiges:
-

Bemerkung:

Ort, Datum

Unterschrift