KONTAKTFORMULAR (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Kontaktperson

Vorname: . . . . . Name: . . . . . .

Straße: . . . . . .

PLZ: . . . . . Ort: . . . . . .

Telefon: . . . . . Fax: . . . . . .

Mobil: . . . . . .

E-Mail: . . . . . .

Zu betreuende Person

Vorname: . . . . . Name: . . . . . .

Straße: . . . . . .

PLZ: . . . . . Ort: . . . . . .

Telefon: . . . . . Fax: . . . . . .

Mobil: . . . . . .

E-Mail: . . . . . .

Persönlichen Angaben der zu betreuenden Person

Geburtsdatum: . . . . . .

Gewicht: . . . . . .

Größe: . . . . . .

Wohnsituation

Haus	O	
Wohnung	O	
Welche Etage	. . . . .	
Wohnfläche qm	. . . . .	
Anzahl Zimmer	. . . . .	
Garten vorhanden	ja O	nein O
Wünschen Sie leichte Gartenarbeiten?	ja O	nein O
Wohnt allein	O	
Zu zweit	O	
Mehrere Personen	O	
Wenn ja, wie viele?	. . . . .	
Haustiere vorhanden	ja O	nein O
Wenn ja, welche?	. . . . .	

Betreuungsbedarf

Pflegestufe 1	O	
Pflegestufe 2	O	
Pflegestufe 3	O	
beantragt 1 2 3	O	
keine	O	
Benötigen Sie Hilfe bei der Antragsstellung?	ja O	nein O
Wünschen Sie eine professionelle Beratung?	ja O	nein O

Sind Grunderkrankungen vorhanden?

Demenz O Alzheimer O MS O

Sind andere Erkrankungen vordergründig? ja O nein O

Wenn ja, welche?

. . . . . .

. . . . . .

Begleiterkrankungen? ja O nein O

Wenn ja, welche?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Ist die zu Pflegende Person schon einmal im Altersheim gewesen? ja O nein O

Wenn ja, wie lange?

. . . . . .

Weshalb haben Sie sich für die häusliche Betreuung entschieden?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Haben Sie schon Erfahrungen mit der 24-Stunden Betreuung aus Osteuropa gemacht?
ja O nein O

Wenn ja, aus welchem Land? . . . . . .

Wie würden Sie ihre Erfahrung einschätzen? gut O nicht gut O

Wenn nicht gut, weshalb?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Ist bei Ihnen zurzeit ein Pflegedienst aktiv?
ja O nein O

Wenn ja, wie oft?
täglich O wöchentlich O am Wochenende O

Welche Leistungen erfüllt der Pflegedienst?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Sollen die Leistungen des Pflegedienstes weiterhin in Anspruch genommen werden?
ja O nein O

Wird die zu betreuenden Person zurzeit therapeutisch behandelt?
ja O nein O

Wenn ja, wie?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Welche grundpflegerische Tätigkeit benötigt die zu betreuende Person?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Allgemeiner Zustand der zu betreuenden Person

Mobilität – Bewegung

selbständig	O
benötigt Unterstützung	O
überwiegend im Rollstuhl	O
bettlägerig	O

Treppensteigen

selbständig	O
benötigt Unterstützung	O
komplette Unterstützung notwendig	O
nicht möglich	O

Transfer Rollstuhl – Bett

benötigt keine Hilfe	O
benötigt gelegentlich Unterstützung	O
komplette Unterstützung notwendig	O
bettlägerig	O

Sind Hilfsmittel vorhandene?

Gehstock	O
Rollator	O
Rollstuhl	O
Transferlifter	O
Badewannenlifter	O
Dekubitusmatratze	O
Pflegebett	O

Körperpflege – Duschen – Baden

selbständig benötigt keine Hilfe	O
benötigt gelegentlich Unterstützung	O
komplette Unterstützung notwendig	O

An- und Auskleiden

selbstständig benötigt keine Hilfe	O
benötigt gelegentlich Hilfe	O
komplette Unterstützung notwendig	O

Ernährung – Trinken

selbständig benötigt keine Hilfe	O
benötigt gelegentlich Unterstützung	O
komplette Unterstützung notwendig	O

Kommunikation – Sprache

keine Probleme	O
leichte Sprachstörung	O
starke Sprachstörung	O

Sehkraft – Hörvermögen

benötigt keine Brille	O
benötigt Brille	O
benötigt kein Hörgerät	O
benötigt Hörgerät	O

Orientierungs-Probleme

persönlich	O
zeitlich	O
örtlich	O

Einschlafen

keine Probleme	O
gelegentlich Einschlafstörung	O
öfters Einschlafstörung	O

Durchschlafen

keine Probleme	O
Störung des Wach-Schlafrhythmus	O

Urinkontrolle

Kontinent	O
teilweise Kontinent	O
Vorlagen	O
Windeln	O
Katheter	O
Urinflasche	O
inkontinent	O

Stuhlkontrolle

kontinent	O
teilweise Inkontinent	O
inkontinent	O

Erwartungen und Rahmenbedingungen des Betreuungspersonals

Einsatzbeginn . . . . . .

Voraussichtliche Einsatzdauer . . . . . .

Frau O Mann O egal O
Raucher O Nichtraucher O egal O

Alter
20-30 Jahre O 30-40 Jahre O 40-50 Jahre O älter als 50 Jahre O egal O

Sprachkenntnisse
fließend O kommunikativ O Grundkenntnisse O unwichtig O

Kfz-Führerschein notwendig?
ja O nein O

Kranken- Altenpfleger Ausbildung
sehr wichtig O wichtig O unwichtig O

Welche Art hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden benötigt?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Arbeits- und Freizeitregelung

Einsatzzeit pro Tag: . . . . . Stunden von . . . . . Uhr bis . . . . . Uhr

Ist eine nächtliche Rufbereitschaft notwendig? ja O nein O

Wenn ja, wie oft? . . . . . .

Freizeit pro Tag: Von . . . . . Uhr bis . . . . . Uhr

Freizeit pro Woche: Wochentag . . . . . .

Zimmerausstattung des Betreuungspersonals

integriert im Haushalt O außerhalb unweit O weit außerhalb O

Zimmer O Appartement O

eigenes Bad O gemeinsames Bad O

Bett	ja O	nein O
Kleiderschrank	ja O	nein O
Tisch	ja O	nein O
Telefon	ja O	nein O
Internetanschluss	ja O	nein O
Radio	ja O	nein O
TV	ja O	nein O

Sonstige Ausstattungs-Merkmale:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Sonstige Bemerkungen – Anregungen:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Wie sind Sie auf Care Assistant 24 aufmerksam geworden?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Antwort erwünscht per

Telefon O Fax O schriftlich O E-Mail O