

Aufnahmebogen:

Dauer der Pflege

Beginn des Einsatzes _____ voraus. Dauer des Einsatzes _____

Fixtermin Zirka-Angabe

Angaben zur Kontaktperson (Auftraggeber)

Name Vorname _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____
 Mobil _____
 E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person

Ehepartner/in Tochter/Sohn Enkel/in Gesetzl. Betreuer/in Andere _____

Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name Vorname _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____
 Mobil _____
 E-Mail _____
 Geburtsdatum _____
 Krankenkasse _____
 Größe / Gewicht _____

Wen kann die Betreuungsperson im Notfall kontaktieren?

Name Vorname _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____

Mobil

Beruflich

Kontaktdaten Hausarzt

Name Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Lebt die zu betreuende Person alleine? JA NEIN

Falls nein: Wer ist der Mitbewohner?

Ehepartner/in Tochter/Sohn Enkel/in Gesetzl. Betreuer/in Andere

Name Vorname

Falls nein: Ist der Mitbewohner auch hilfsbedürftig? JA NEIN

Falls ja: Bitte einen zweiten Fragebogen ausfüllen.

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad aktuell kein

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Pflegegrad beantragt 1 2 3 4 5

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? JA NEIN

Wenn ja, soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen JA NEIN

Welcher ambulante Pflegedienst

Wie oft täglich?

Für welche Tätigkeiten?

Geht die zu betreuende Person in eine Tagespflege? JA NEIN

Falls ja, wie oft?

Werden sonstige Hilfsleistungen durch Dritte erbracht? JA NEIN

Aktuelle Therapien

Beindet sich die zu betreuende Person in Therapie? JA NEIN

Ergotherapie Musiktherapie Beschäftigungstherapie

Logopädie Krankengymnastik Physiotherapie

Welche Krankheitsbilder oder Stimmungen sind bekannt?

<input type="checkbox"/> Schlaganfall, rechts <input type="checkbox"/> Schlaganfall, links <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Ängstlich <input type="checkbox"/> Apathie (Teilnahmslosigkeit) <input type="checkbox"/> Euphorisch <input type="checkbox"/> Gereizt <input type="checkbox"/> gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus <input type="checkbox"/> Labil <input type="checkbox"/> starke Unruhe	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium) <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Weglauftendenz
---	---	--

Sonstige

Grundsätzliche Fragen

Ist die zu betreuende Person bettlägerig? JA NEIN

Falls bettlägerig: Hilfe beim Umlagern JA NEIN

Dekubitus (Druckgeschwür) wird versorgt von _____

Muss die zu betreuende Person gelagert werden? JA NEIN

Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? JA NEIN

Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl? JA NEIN

Hilft die zu betreuende Person beim Transfer aktiv mit? JA NEIN

Ist die zu betreuende Person Raucher? JA NEIN

Anmerkungen

Ansteckende Krankheiten

Sind ansteckende Krankheiten oder Keime wie z.B. MRSA bekannt? JA NEIN

Falls ja, welche Krankheiten oder Keime?

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten? JA NEIN

Falls ja, welche?

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten? JA NEIN

Falls ja, welche?

Essen und Trinken

Ernährungszustand Normal Unterernährt Fettleibig Entwässert

Kostform/Diät Normal Vollwert Vegetarisch Sonderkost Diabeteskost

Nahrungsmittelunverträglichkeiten JA NEIN

Probleme beim Essen? JA NEIN

Falls ja, welche? _____

Diätvorschriften, JA NEIN und zwar _____

Kau-/Schluckstörungen? JA NEIN PEG-Sonde? JA NEIN

Probleme beim Trinken JA NEIN Trinkmenge normal wenig viel

Anmerkungen _____

Medikamenteneinnahme

Einnahme erfolgt selbstständig unter Aufsicht unselbstständig

Nachtruhe

von ca. _____ Uhr bis ca. _____ Uhr Schläft durch.

Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? JA NEIN

Falls ja, steht wie häufig nachts auf? 1-2 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Falls ja, benötigt Unterstützung? JA NEIN

Werden Schlafmittel eingenommen? JA NEIN

Anmerkungen _____

Ausscheidungen

Harninkontinenz nein gelegentlich immer

Stuhlinkontinenz nein gelegentlich immer

Hilfsmittel

Windeln Vorlagen Urinflasche

Katheter suprapubischer Katheter Sonstige

Anmerkungen _____

Wesen und Charakter

Welche Wesenszüge beschreiben die zu betreuende Person

- Offen Humorvoll Freundlich
- Lieb Anhänglich Ruhig
- Aufgeregt Depressiv Zornig
- Fordernd Ordnungsliebend Bestimmend
- Kleinlich Aggressiv Andere :

Interessen und beliebte Beschäftigungen der hilfsbedürftigen Person

<input type="checkbox"/> Kochen/Backen <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/> Natur/Tiere <input type="checkbox"/> Spazieren gehen <input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Lesen/Literatur <input type="checkbox"/> Sonstiges
---	--	--

Freizeit und Beschäftigung

- Tagesgestaltung selbstständig unter Anleitung unselbstständig
- Kann sich beschäftigen selbstständig unter Anleitung unselbstständig
- Ehemalige berufliche Tätigkeit _____

Beliebte Außenaktivitäten Spaziergänge Treffen von Familie/Bekannten Garten

Tagesrhythmus bestimmende Tätigkeiten _____

Anmerkungen _____

Probleme bei der Kommunikation

- Sprache keine mäßige massive
- Hörvermögen keine mäßige massive
- Sehkraft keine mäßige massive
- Hilfsmittel Brille Hörgerät sonstige: _____

Anmerkungen _____

Probleme bei der Orientierung

- Zeitliche keine mäßige massive
- örtliche keine mäßige massive
- persönliche keine mäßige massive
- situative keine mäßige massive
- Bewusstsein (Gedächtnis) keine mäßige massive
- Auswahl der Kleidung keine mäßige massive

Anmerkungen _____

Motorische Einschränkungen

Hinlegen und Aufstehen selbstständig mit Unterstützung komplett auf Hilfe angewiesen

Hinsetzen und Aufstehen selbstständig mit Unterstützung komplett auf Hilfe angewiesen

Stehen selbstständig mit Unterstützung komplett auf Hilfe angewiesen

Gehen selbstständig mit Unterstützung komplett auf Hilfe angewiesen

Umgang mit Gehhilfen selbstständig mit Unterstützung komplett auf Hilfe angewiesen

Umgang mit Rollstuhl selbstständig mit Unterstützung komplett auf Hilfe angewiesen

Transfer (Umsetzen) selbstständig mit Unterstützung komplett auf Hilfe angewiesen

Lagern im Bett
(Umdrehen) selbstständig mit Unterstützung komplett auf Hilfe angewiesen

Anmerkungen

Hilfsmittel bei motorischen Einschränkungen

<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Patientenlifter
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Duschstuhl/-hocker	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Treppenlift	

Anmerkungen

Körperpflege

Waschen am Waschbecken	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Waschen im Bett	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Mund-/Zahn-/Prothesenpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Intimpflege nach Ausscheidung	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Haarpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Rasieren	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Hautpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Nagel-/Fußpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Baden/Duschen	<input checked="" type="checkbox"/>	selbstständig	<input type="checkbox"/>	bedingt selbstständig	<input type="checkbox"/>	unselbstständig
Wie oft pro Woche?	<input checked="" type="checkbox"/>	1-2mal	<input type="checkbox"/>	3-4mal	<input type="checkbox"/>	täglich

Anmerkungen

Welche Erwartungen haben Sie an die Betreuungskraft?

Sprachkenntnisse der Betreuungskraft

Exklusiv

Sehr umfangreicher Wortschatz aus dem Alltag, Betreuungs- und Pflegebereich, langjährige Erfahrung in Seniorenbetreuung, hohe Qualifikationen in der Betreuung und Pflege. Hohe Fachkompetenz. z.B. Krankenpfleger, Altenpfleger etc.

Qualität A

Reichen Wortschatz, im Stande in den meisten Fällen sprachlich zu reagieren, kennt den Wortschatz aus dem Bereich der Haushaltsführung und Seniorenbetreuung sowie ihn ohne Schwierigkeiten verwenden zu können, führt Telefongespräche.

Qualität B

Mittlere Deutschkenntnisse, verfügt Grundwortschatz aus dem Alltags- und Betreuungsbereich. Mehrjährige Erfahrung im Bereich der Seniorengrundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, gute Qualifikationen.

Qualität C

Minderwertige Kenntnisse der deutschen Sprache, evtl. verfügt sie über einen sehr geringen Wortschatz, spricht und versteht einzelne Worte aus dem Alltags- und Betreuungsbereich. Erfahrungen in Seniorenbetreuung. Gute Heimerfahrungen.

irrelevant

Ihre Wünsche zur Betreuungskraft (optional, keine Garantie)

- Alter 20 - 35 Jahre 35 - 50 Jahre älter als 50 Jahre irrelevant
- Geschlecht Frau Mann irrelevant
- Nichtraucher/in irrelevant Rauchen nur außerhalb der Wohnräume
 unbedingt Nichtraucher

Kommentar:

Führerschein gewünscht?

<input type="checkbox"/> Ja, mit Fahrpraxis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> irrelevant
Marke, Modell und Kennzeichen des zu nutzenden PKW		
	<input type="checkbox"/> Schaltgetriebe	<input type="checkbox"/> Automatikgetriebe

Bedarf an hauswirtschaftlicher Leistung

Gibt es eine zusätzliche Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie oft soll sie zum Einsatz kommen und in welchem Umfang?		

Welche Aufgaben sollen erbracht werden?

Einkaufen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Kochen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Abwaschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Wäsche waschen	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Bügeln	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Reinigung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie
Begleitung zum Arzt	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> nie

Welche weitere Hilfe wird im Haushalt benötigt?

Zusätzliche Tätigkeiten im Haushalt

<input type="checkbox"/> aufräumen	<input type="checkbox"/> Blumen gießen	<input type="checkbox"/> Speisenplanung	<input type="checkbox"/> Versorgung der Haustiere
Gibt es Haustiere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Hund	<input type="checkbox"/> Katze	Andere

Beschreibung der Wohnsituation

Wohnlage	<input type="checkbox"/> Stadt (zentral)	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> ländlich
	<input type="checkbox"/> Stadt (abgelegen)	<input type="checkbox"/> Dorf	

Wohnumgebung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung
	<input type="checkbox"/> Sonstige		

Einkaufsmöglichkeiten zu Fuß erreichbar in ca.			
<input type="checkbox"/> 10 Minuten	<input type="checkbox"/> 20 Minuten	<input type="checkbox"/> 30 Minuten	<input type="checkbox"/> mehr als 30

Anmerkungen

Kann der Betreuungskraft ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? (Wenn nein, kann die Leistung nicht erbracht werden!)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

Zimmerausstattung für Betreuungskraft

<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Tisch
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> eigenes Bad
<input type="checkbox"/> Internetzugang	<input type="checkbox"/> Computer	

Für Freizeitaktivitäten steht zur Verfügung

<input type="checkbox"/> Garten	<input type="checkbox"/> Fahrrad	<input type="checkbox"/> Sonstige:
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Seniorenbüro
<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Wie können wir Sie am besten erreichen?	<input type="checkbox"/> Telefonisch	<input type="checkbox"/> per E-Mail	<input type="checkbox"/> per Post
---	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Anwesend bei der Erstellung der Anamnese

Kunde _____

Angehörige/Bezugsperson _____

Pflegekraft (z.B. Pflegedienst) _____

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die PROMed die in dieser Bedarfsanalyse enthaltenen persönlichen Daten und Informationen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet. Ferner akzeptiere ich die Datenschutzerklärung.

Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten befugt zu sein, und erkläre mich damit einverstanden, zur Weiterverarbeitung meiner Anfrage von der PROMed kontaktiert zu werden.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen – insbesondere zum Gesundheitszustand und Betreuungsbedarf der zu pflegenden Person – nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß, aktuell zutreffend und vollständig sind.

Ort

Datum