



MEINE PFLEGE ZU HAUSE
Wir betreuen Sie zu Hause

Fragebogen – Betreuung zu Hause:

Name der Kontaktperson:		Name des Patienten:	
Vorname der Kontaktperson:		Vorname des Patienten:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Adresse:		Adresse:	
Straße:		Straße:	
Hausnummer		Hausnummer	
Ort:		Ort:	
Postleitzahl (PLZ):		Postleitzahl (PLZ):	
Postfach:		Postfach:	
Telefonnummer mit Vorwahl (Privat):		Telefonnummer mit Vorwahl (Privat):	
Telefonnummer mit Vorwahl (Büro):		Telefonnummer (Mobil):	
Telefonnummer (Mobil):		Gewicht:	
E-Mail:		Größe:	
Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:		Wohnt der Patient alleine?	

<u>Hilfsmittel :</u>						
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Brille	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		

Orientierung:

zeitlich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	massive Probleme
örtlich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	massive Probleme
persönlich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	massive Probleme

Bewegung:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägerig
--	--	---------------------------------------	--------------------------------------

Treppensteigen:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	--	--

Transfer Bett / Rollstuhl:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> hilft mit	<input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> bettlägerig /kein Transfer
--	------------------------------------	--	---

Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator
-------------------------------------	-------------------------------	--	------------------------------------	-----------------------------------

Baden / Duschen:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> vollständig hilfsbedürftig
--	--	---

Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständige Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß / Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle:

kontinent	<input type="checkbox"/>	teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/>	inkontinent	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel		Windeln	<input type="checkbox"/>	Vorlagen	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Katheter	<input type="checkbox"/>
				suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/>

Stuhlkontrolle:

kontinent	<input type="checkbox"/>	teilweise inkontinent (z.B. nachts)	<input type="checkbox"/>	inkontinent	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

An- / Auskleiden:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> vollständig hilfsbedürftig
--	--	---

Essen / Trinken:

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe z.B. beim Schneiden	<input type="checkbox"/> vollständig hilfsbedürftig
--	--	---

Kau- u. Schluckstörungen:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Störungen <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz	<input type="checkbox"/> PEG Sonde <input type="checkbox"/> Trinkkarenz
--------------------------------	---	--

Diät:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Falls ja , welche :
--------------------------------	--

Ein- / Durchschlafen:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> sporadische Störungen	<input type="checkbox"/> Schlaf-Wach-Rythmus gestört
--------------------------------	--	--

Wie oft steht der Patient jede Nacht auf:

1mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Bekommt Schlafmittel ja nein

Aktuelle Therapien:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Sonstiges
--------------------------------	---	------------------------------------	------------------------------------

Bitte beschreiben Sie das Wesen und den Charakter des Patienten:

Anforderungen an die Pflegekraft / Haushaltshilfe:

1. Anforderungen an das Pflegekraft / Haushaltshilfe:

Geschlecht:

Frau

Mann

irrelevant

Alter (in Jahren):

20-30

30-40

40-50

irrelevant

Sprachkenntnisse:

<input type="checkbox"/> 1 (sehr gut)	<input type="checkbox"/> 2 (gut)	<input type="checkbox"/> 3 (befriedigend)	<input type="checkbox"/> 4 (ausreichend)	<input type="checkbox"/> 5 (schwach)
---------------------------------------	----------------------------------	---	--	--------------------------------------

Führerschein:

Ja, mit Fahrpraxis

nein

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an die Pflegekraft / Haushaltshilfe

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

<input type="checkbox"/> Großstadt - zentral	<input type="checkbox"/> Großstadt - abgelegen	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Dorf	<input type="checkbox"/> abgelegen
--	--	-------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Wohnsituation:

<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> sonstiges
--	---	----------------------------------	------------------------------------

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

<input type="checkbox"/> ca. 10 min.	<input type="checkbox"/> ca. 20 min.	<input type="checkbox"/> ca. 40 min.	<input type="checkbox"/> ca. 1 Stunde	<input type="checkbox"/> länger als 1 Stunde
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--

Ausstattung des Zimmers für die Pflegekraft / Haushaltshilfe:

Eigenes Bad

Tisch

Bett

Schrank

Radio

TV

Computer

Internetzugang

Bemerkungen :

3. Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere:

keine

Wenn ja, welche :

Sollen diese mitversorgt werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bei Bedarf	<input type="checkbox"/> nein
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung:

<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

Liebblingslebensmittel und -getränke:

Waschen:

<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

Bügeln:

<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

Begleitung bei Arztbesuchen:

<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es eine Haushaltshilfe?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> falls ja, wie oft kommt diese in der Woche:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen **nach meinem besten Wissen und Gewissen**wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

Unterschrift

Datum

III. Tagesstruktur

Morgens			
<input type="checkbox"/> Wecken um		Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen		pro Woche	

Vormittags	

Mittags	

Nachmittags	

Abends	

Nachts	

Welche Interessen/ Hobbys hat der Patient?

Christine Porebski

Examierte Altenpflegerin und Projektmanager

Projektmanagement für Altenpflege



MEINE PFLEGE ZU HAUSE
Wir betreuen Sie zu Hause

Meine Pflege zu Hause

Vahrenheider Markt 8

30179 Hannover

Kontaktinformationen

E-Mail: kontakt@tmeine-altenpflege.hannover.de

www.meine-altenpflege-hannover.de

Telefon: 0176 825 191 89