



MEINE PFLEGE ZU HAUSE
Wir betreuen Sie zu Hause

Fragebogen – Betreuung zu Hause:

**Name der
Kontaktperson:**

Vorname der
Kontaktperson:

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße:

Hausnummer

Ort:

Postleitzahl (PLZ):

Postfach:

Telefonnummer mit
Vorwahl (Privat):

Telefonnummer mit
Vorwahl (Büro):

Telefonnummer (Mobil):

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad
zwischen dem Patienten
und der Kontaktperson:

**Name des
Patienten:**

Vorname des
Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße:

Hausnummer

Ort:

Postleitzahl (PLZ):

Postfach:

Telefonnummer mit
Vorwahl (Privat):

Telefonnummer (Mobil):

Gewicht:

Größe:

Wohnt der Patient
alleine?

Diagnosen:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | | |

Pflegestufe:

- keine
- Falls ja, welche ? 1 2 3
- Beantragt : 1 2 3

Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst:

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch
genommen werden: ja nein

Probleme in der Kommunikation:

- | | | | |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Sprache | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Sehkraft | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |

Hilfsmittel :

Hörgerät ja nein

Brille ja nein

Orientierung:

zeitlich ja zeitweise massive Probleme

örtlich ja zeitweise massive Probleme

persönlich ja zeitweise massive Probleme

Bewegung:

selbstständig mit Unterstützung im Rollstuhl bettlägerig

Treppensteigen:

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Transfer Bett / Rollstuhl:

selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig /kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Baden / Duschen:

selbstständig braucht Hilfe 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"/>
				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:

- keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät:

- keine Falls ja , welche :

Ein- / Durchschlafen:

- keine sporadische Störungen 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:

- keine Krankengymnastik Logopädie 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:

1 (sehr gut)

2 (gut)

3 (befriedigend)

4 (ausreichend)

5 (schwach)

Führerschein:

Ja, mit Fahrpraxis

nein

Welche Erwartungen und Vorstellungen stellen Sie an die Pflegekraft / Haushaltshilfe

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

Großstadt - zentral

Großstadt - abgelegen

Kleinstadt

Dorf

abgelegen

Wohnsituation:

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung

sonstiges

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

ca. 10 min.

ca. 20 min.

ca. 40 min.

ca. 1

länger als 1 Stunde

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? ja bei Bedarf nein

Einkäufe / Kochen / Essensvorbereitung:

immer gelegentlich nein

Liebblingslebensmittel und -getränke:

Waschen:

immer gelegentlich nein

Bügeln:

immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

immer gelegentlich nein

Gibt es eine Haushaltshilfe? nein 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

Wecken um

Uhr

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@meine-altenpflege.hannover.de

www.meine-altenpflege-hannover.de

Telefon: 0176 / 457 017 82