

KONTAKT FORMULAR

TITEL

VORNAME

NACHNAME

BERUF

STRAÙE/HAUS NR.

POSTLEITZAHL

ORT

TELEFON

EMAIL

LEISTUNGSEMPFÄNGER

(DIE DATEN FÜR EINE EVTL. 2. PERSON KÖNNEN SIE WEITER UNTEN IM FORMULAR
EINTRAGEN.)

TITEL

VORNAME

NACHNAME

BERUF (EHEMALIG)

STRAÙE/HAUS NR.

POSTLEITZAHL

ORT

TELEFON

MOBIL

GEBURTSDATUM

VERHÄLTNIS (Z.B. VATER/MUTTER) ZUM ANSPRECHPARTNER

WELCHER PFLEGEGRAD LIEGT VOR?

IST EIN AMBULANTER PFLEGEDIENST BEAUFTRAGT? JA. NEIN

WIRD DER PFLEGEDIENST AUCH WEITERHIN (ZUSÄTZLICH ZUR BETREUUNGSKRAFT)
BEAUFTRAGT?

JA NEIN

GEISTIGER ZUSTAND

KLAR

LEICHT VERWIRRT

STARK VERWIRRT

APATHISCH

MOBILITÄT

KEINE EINSCHRÄNKUNG
GERINGE EINSCHRÄNKUNG
KANN MIT UNTERSTÜTZUNG LAUFEN
ROLLATOR
ROLLSTUHL
BETTLÄGERIG

GEWICHT

TOILETTE

KPL. SELBSTSTÄNDIG
MIT UNTERSTÜTZUNG
TEILINKONTINENZ
VOLLINKONTINENZ
KATHETER
STOMABEUTEL

BEKANNTE KRANKHEITEN

WEITERE ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

FOLGENDE AUFGABEN SOLLEN VON DER BETREUUNGSKRAFT ÜBERNOMMEN WERDEN

HILFE BEI DER KÖRPERPFLEGE
HILFE BEIM TOILETTENGANG
WINDELN/EINLAGEN WECHSELN
HILFE BEIM AN- UND AUSZIEHEN
HILFE BEIM TRANSFER VON/IN ROLLSTUHL
BEDIENUNG LIFTER

UMLAGERN

* WENN JA, WANN/WIE OFT?

EINKAUFEN

KOCHEN

HILFE BEI DER NAHRUNGSANNAHME

PUTZEN/SAUBERMACHEN DER RÄUME

SPAZIEREN GEHEN

ZUM ARZT BEGLEITEN

HAUSTIERE VERSORGEN

NÄCHTLICHE UNTERSTÜTZUNG Z.B. BEIM TOILETTENGANG *

* WENN JA, WIE OFT?

WEITERE AUFGABEN

PERSONENANZAHL IM HAUSHALT?

LEBT EINE 2. PERSON IM HAUSHALT MIT BETREUNGSBEDARF?

JA NEIN

LEBT EINE PERSON IM HAUSHALT, DIE DIE BETREUUNGSKRAFT BEI DER HAUSHALTSFÜHRUNG ENTLASTET?

JA. NEIN

VORNAME

NACHNAME

GEBURTSDATUM

VERHÄLTNIS (Z.B. EHEFRAU/LEBENSPARTNERIN/HAUSHÄLTERIN) ZUR 1. ZU BETREUENDEN PERSON

ANGABEN ZUM HAUSHALT

WOHNUNG / M²

BALKON?

JA NEIN

HAUS / M²

GARTEN / M²

SONSTIGES ZU DEN RÄUMLICHKEITEN, WIE BEHINDERTENGERECHTER
UMBAU/TREPPENLIFT, ETC.

GIBT ES HAUSTIERE?

JA. NEIN

FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT STEHT ZUR (MIT-) NUTZUNG ZUR VERFÜGUNG

EIGENES ZIMMER

BAD/DUSCHBAD

BALKON

INTERNET/W-LAN

BETREUUNGSKRAFT

WEIBLICH

MÄNNLICH

NICHT ENTSCHIEDEND

BEVORZUGTES LEBENSALTER DER BETREUUNGSKRAFT?

DEUTSCHKENNTNISSE

GERINGE KENNTNISSE

MITTLERE KENNTNISSE

GUTE KENNTNISSE

PFLEGEERFAHRUNG

UNBEDINGT ETWAS

SEHR ERFAHREN

NICHT ENTSCHEIDEND

IST EIN FÜHRERSCHEIN NOTWENDIG?

JA. NEIN

IST EIN AUTO VORHANDEN?

JA. NEIN

SONSTIGE ANFORDERUNGEN AN DIE BETREUUNGSKRAFT

ZU WELCHEN ZEITEN KÖNNEN SIE DER BETREUERIN FREIZEIT GEWÄHREN?

AB WANN SOLL DIE BETREUUNG AUFGENOMMEN WERDEN?*

HIER KÖNNEN SIE WEITERE ANGABEN MACHEN, DIE IHNEN WICHTIG

WIR SICHERN IHNEN ZU, IHRE ANGABEN VERTRAULICH ZU BEHANDELN! IHRE ANGABEN WERDEN NICHT AN DRITTE WEITERGEGEBEN.

