

FRAGEBOGEN

SENIORENSERVICE " Die helfende Hand "
 Rita Klasen
 Frohnstr. 43
 D-40789 Monheim



TEL: +49 2173 2640380
 FAX: +49 3222 1716704

info@seniorenservice-hand.de
 www.seniorenservice-hand.de

I. PERSONENDATEN

1. DATEN DER ZU BETREUENDEN PERSON

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Alter	<input type="text"/>	Gewicht (kg)	<input type="text"/>
		Größe (cm)	<input type="text"/>
Pflegegrad	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

II. ANGABEN ZUR PFLEGE

1. GESUNDHEITSMERKMALE DER ZU BETREUENDEN PERSON

Mobilität	kann alleine laufen	<input type="checkbox"/>	kann mit Hilfe laufen	<input type="checkbox"/>
	benutzt einen Rollstuhl innen	<input type="checkbox"/>	benutzt einen Rollator innen	<input type="checkbox"/>
	benutzt einen Rollstuhl außen	<input type="checkbox"/>	benutzt einen Rollator außen	<input type="checkbox"/>
	kann selbständig aufstehen	<input type="checkbox"/>	komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
	steht mit Hilfe auf	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	klar	<input type="checkbox"/>	dem Alter entsprechend	<input type="checkbox"/>
	apathisch	<input type="checkbox"/>	Depression	
			schwach	<input type="checkbox"/>
			stark	<input type="checkbox"/>
verwirrt	<input type="checkbox"/>	vergesslich	<input type="checkbox"/>	
Toiletten	selbstständig	<input type="checkbox"/>	mit Hilfe	<input type="checkbox"/>
	Teilinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Vollinkontinenz	<input type="checkbox"/>

Krankheiten	Alzheimer / Demenz		MS-Patient	<input type="checkbox"/>
	leicht	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>
	mittel	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
	schwer	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>
	Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislaferkrankung	<input type="checkbox"/>
	Druckgeschwür	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>
	Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/>	Sondennahrung	<input type="checkbox"/>
	Parkinson	<input type="checkbox"/>	Lähmung	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>		

Weitere bekannte Krankheiten (bitte auflisten):

2. AKTUELLE ART DER PFLEGE / AKTUELLE THERAPIEN

Die Pflege / Betreuung der zu betreuenden Person übernimmt zurzeit:							
Familie	<input type="checkbox"/>	Pflegedienst / Sozialstation	<input type="checkbox"/>	Senioren- betreuer/in	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus / Rhea	<input type="checkbox"/>

HINWEIS:

Eine medizinische Betreuung ist durch das Betreuungspersonal nicht möglich.

III. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

1. WELCHE TÄTIGKEITEN WERDEN NOTWENDIG SEIN

Kochen	<input type="checkbox"/>	Bügeln	<input type="checkbox"/>	Wäsche waschen	<input type="checkbox"/>	Wohnung / Haushalt putzen	<input type="checkbox"/>
Auto fahren	<input type="checkbox"/>	leichte Gartenarbeiten	<input type="checkbox"/>	Haustierpflege *	<input type="checkbox"/>	Einkaufen gehen	<input type="checkbox"/>

* Art des Haustiers:

2. BETREUUNGSUMFANG

Überwachung der zu betreuenden Person in der Nacht	<input type="checkbox"/>	Rufbereitschaft in der Nacht	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	Hilfe beim Waschen	<input type="checkbox"/>
Baden Duschen	<input type="checkbox"/>	Eincremen	<input type="checkbox"/>
		Hilfe beim An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>
		Windeln wechseln	<input type="checkbox"/>
		Kämmen	<input type="checkbox"/>

3. BETREUUNGSDAUER – Für welchen Zeitraum wünschen Sie die Betreuung?

Einen Monat	<input type="checkbox"/>	2 – 3 Monate	<input type="checkbox"/>	länger als 3 Monate	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Ab wann benötigen Sie die Betreuungskraft?

2. PERSONALANFORDERUNGEN

Geschlecht		egal	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	
Pflegeerfahrung		egal	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	
Alter des Personals	egal	<input type="checkbox"/>	bis 30 J.	<input type="checkbox"/>	30 bis 45 J.	<input type="checkbox"/>	ab 45 J.	<input type="checkbox"/>
Raucher		egal nur draußen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	
Führerschein		egal	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja/wichtig	<input type="checkbox"/>	
Tierlieb		egal	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja/wichtig	<input type="checkbox"/>	

Deutschkenntnisse (Sprachkenntnisse sind ein Kostenfaktor)

schwach	<input type="checkbox"/>	ausreichend	<input type="checkbox"/>	befriedigend	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	sehr gut	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----	--------------------------	----------	--------------------------

III. RAHMENBEDINGUNGEN

1. WOHNBEDINGUNGEN

Ist der Pflegebedürftige allein stehend?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Falls nein, wie viele Personen leben noch im Haushalt?	<input type="text"/>			
Muss die weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn die im Haushalt lebende Person nicht betreut werden muss, hilft sie auch bei der Pflege und im Haushalt?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Rollator, Gehstock, Rollstuhl	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Badewannenlift, Badewannenstuhl	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Pflegebett mit Dekubitusmatratze	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Treppenlift / Bettlifter	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Beschreibung der Unterkunft

Wohnort					
Stadt	<input type="checkbox"/>	Dorf	<input type="checkbox"/>	Außerhalb	<input type="checkbox"/>
Wohnobjekt (bitte qm angeben)				<input type="text"/>	
Wohnung	<input type="checkbox"/>	Ein-/ Zweifamilienhaus	<input type="checkbox"/>	Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/>
Garten vorhanden?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Nächste Einkaufsmöglichkeit (bitte Entfernung in Minuten angeben)				<input type="text"/>	
Mit dem Auto	<input type="checkbox"/>	zu Fuß			<input type="checkbox"/>

Wohnsituation der Betreuer/in

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

Kommunikationsmöglichkeiten

Festnetz	<input type="checkbox"/>	Festnetz mit Auslandsflatrate	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>		