

## I. Allgemeine Angaben

<b>Name der Kontaktperson:</b>		<b>Name des Patienten:</b>	
<b>Vorname der Kontaktperson:</b>		<b>Vorname des Patienten:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Adresse:</b>		<b>Adresse:</b>	
Straße:		Straße:	
Hausnummer:		Hausnummer:	
Postleitzahl (PLZ):		Postleitzahl (PLZ):	
Ort:		Ort:	
<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):</b>		<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):</b>	
<b>Telefonnummer mit Vorwahl (Arbeit):</b>		<b>Telefonnummer (Mobil):</b>	
<b>Telefonnummer (Mobil):</b>		<b>Gewicht:</b>	
<b>E-Mail:</b>		<b>Größe:</b>	
<b>Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson:</b>		<b>Wohnt der Patient alleine?</b>	

**Diagnosen:**

<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> 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"/> Sonstige:			

**Pflegestufe:**

Keine:

Wenn ja, welche:                     1.                     2.                     3.

Beantragt:                                 1.                     2.                     3.

**Pflegedienst:**

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst:                     ja                     nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

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

**Probleme in der Kommunikation:**

- Sprache: keine mäßige massive Probleme  
 Hörvermögen: keine mäßige  massive Probleme  
 Sehkraft: keine mäßige  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 überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

**Treppensteigen:**

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich Hilfsmittel:

**Transfer Bett / Rollstuhl:**

- selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig / kein Transfer  
 Hilfsmittel: Pflegebett Lift Dekubitus Matratze Rollstuhl Rollator

- Körperpflege:** selbstständig teilw. selbstständig unter Anleitung komplette Unterstützung

- Baden/Duschen:** selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig Hilfsmittel:

- Kontinenz:** kontinent teilweise inkontinent inkontinent Hilfsmittel

**Essen / Trinken:**

- selbstständig braucht Hilfe z. B. beim Schneiden komplett hilfsbedürftig

**Kau- u. Schluckstörungen:**

- keine Störungen PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

**Diät:**

- keine wenn ja, welche:

- An-/Auskleiden:** selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

**Ein- / Durchschlafen:**

- keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus 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 sonstige:

**Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)**

## II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

### 1. Anforderungen an das Personal:

**Geschlecht:**  Frau  Mann  irrelevant

**Alter (in Jahren):**  20 – 30  30 – 40  40 - 50  älter als 50  irrelevant

**Sprachkenntnisse:**  1 (sehr gut)  2 (gut)  3 (befriedigend)  4 (ausreichend)  5 (schwach)

**Führerschein:**  ja, mit Fahrpraxis  nein

### 2. Rahmenbedingungen:

**Lage:**  Großstadt - zentral  Großstadt – abgelegen  Kleinstadt  Dorf  ländlich

**Wohnsituation:**  Einfamilienhaus  Mehrfamilienhaus  Wohnung sonstige:

**Einkaufsmöglichkeiten(zu Fuß):**  ca.10 min.  ca.20 min.  ca.40 min.  1 Std.  länger als 1 Std.

#### Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / -in:

eigenes Bad  Bett  Tisch  Schrank  Radio  TV  Computer  Zugang zum Internet

Bemerkungen:

#### Zusätzliche Voraussetzungen:

**Haustiere:**  keine  wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden:  ja  nach Bedarf  nein

**Einkäufe / Kochen / Essenvorbereitung:**  immer  ab und zu  nein

Lieblingslebensmittel und -getränke:

**Waschen:**  immer  ab und zu  nein

**Bügeln:**  immer  ab und zu  nein

**Begleitung bei Arztbesuchen:**  immer  ab und zu  nein

Gibt es eine Haushaltshilfe:  nein  wenn ja, wie oft kommt zum Einsatz:

Welche weitere Hilfe benötigt der Patient im Haushalt:

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

Unterschrift

Datum

### III. Tagesstruktur

<b>Morgens:</b>			
<input type="checkbox"/> wecken um:		Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen:			pro Woche
<b>Vormittags:</b>			
<b>Mittags:</b>			
<b>Nachmittags:</b>			
<b>Abends:</b>			
<b>Nachts:</b>			
<b>Welche Hobbys hat der Patient:</b>			