

Informationsbogen

zur Vermittlung von Pflegeunterstützungsleistungen

I. Leistungsnehmer - eine oder zwei Personen (im gemeinsamen Haushalt lebend):

1. Name Vorname Alter

2. Name Vorname Alter

Anschrift mit PLZ

Tel/Fax Handy (E-mail)

II. Ansprechperson (Angehörige etc.)

Name Vorname

Anschrift mit PLZ

Tel/Fax Handy (E-mail)

III. Angaben zum Leistungsnehmer und zum Haushalt

1. Angehörige leben im gemeinsamen Haushalt
 kommen zu Besuch (wie oft)

2. Gewicht der zu pflegenden Person(en): kg.

3. Gesundheitsmerkmale:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Bettlägerig | <input type="checkbox"/> Geistig behindert |
| <input type="checkbox"/> MS-Patient | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Gehbehindert | <input type="checkbox"/> Stoma (Darmausgang/Urinausleitung) |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Inkontinenzhilfsmittel - Träger |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) | <input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten, bitte erläutern: |

.....
4. Überwachung in der Nacht ja nein

Wenn ja – wie sollte dies ablaufen?

4A. Nachtruhe ungestört gelegentlich gestört oft erhebliche Unruhe
 regelmäßige nächtliche Betreuung

4B. Desorientierung zur Zeit zur Person zum Ort

4C. Die betreute Person muss angehoben werden Die betreute Person kann mithelfen

Es bestehen Hilfsmittel Hebegurt Hebesitz Patientenlift andere _____

5. Arbeit im Haushalt:

Grundreinigung bei Eintreffen notwendig (muss extra berechnet werden)

Kochen (für wie viel Personen?) Bügeln (für wie viel Personen?).....

Säubern Fenster putzen

Waschen (Personenzahl.....)

Einkaufen andere (bitte auflisten):

.....
 Haus Wohnung Flächen zum Sauberhaltenqm

Stadt Einwohner

Dorf - die nächste größere Stadt ist km entfernt, erreichbar mit

Haustiere - wenn ja, welche

IV. Leistungen des Leistungsnehmers (bei stets freier Kost und Logis für die Betreuerin)

ein voller freier Tag in der Woche oder 2 mal mindestens 8 Std. am Stück nach Absprache

V. Erwartungen an die Betreuerin

1. Einsatzbeginn.....

2. Voraugesehene Einsatzdauer.....

3. Beiderseitige Kündigungsfrist 14 Tage

4. Geschlecht egal weiblich männlich

5. Alter egal 25 - 30 30 - 40 40 - 50 50 - 60

6. Kräftige Person egal ja, weil schwergewichtiger Patient

7. Referenzen, Zeugnisse egal ja, wichtig gern gesehen

8. Nichtraucherin ja, wichtig egal

9. Tierlieb ja, wichtig egal

VI. Anfallende Pflichten als Betreuerin (außer typischer Haushaltstätigkeiten)

1. Tägliche Hilfe beim Waschen Ankleiden Nahrungsaufnahme

Leichte Pflege unterstützende Tätigkeiten

Spazieren gehen mit Gehstock mit Gehhilfe im Rollstuhl

Aktivierende Betreuung (z.B. Gesellschaftsspiele, Unterhaltung)

Wechseln der Windeln (bei Inkontinenz)

Anderes (bitte genau ausführen)

2. Kommunikationsfähigkeit: vollständig erhalten

eingeschränkt bezüglich Sehen Hören Sprechen Verstehen

VII. Einsatz von Pflegediensten

1. Es wird derzeit kein Pflegedienst in Anspruch genommen.

2. Es finden bereits Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes statt

3. Ist der Patient schon einmal im Altersheim gewesen?

(Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen)

VIII. Pflegestufe

Die zu pflegende Person(en) wurde(n) in Pflegestufe I II III eingestuft.

Ich versichere, dass die zuvor gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Unrichtige oder unvollständige Angaben führen unter Umständen zu Mehrkosten oder Vertragskündigung.

PLZ, Ort Datum..... Unterschrift
