



Wichtig:

Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Sie mit dem Abschicken dieses Fragebogens *keinen* Vertragsabschluss eingehen. Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

KONTAKTFORMULAR:

Erstellungsdatum:

Auftraggeber / Kontaktperson 1	Auftraggeber / Kontaktperson 2
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
PLZ/ORT:	PLZ/ORT:
Straße / Hausnr.:	Straße / Hausnr.:
Telefon Privat:	Telefon Privat:
Telefon geschäftlich:	Telefon geschäftlich:
Handy:	Handy:
Fax:	Fax:
E-Mail:	E-Mail:
Verwandtschaftsgrad der Kontakt Person:	Verwandtschaftsgrad der Kontakt Person:

Patient / zu betreuende - zu pflegende Person/en
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
PLZ/ORT:
Straße / Hausnr.:
Telefon Privat 1:
Telefon Privat 2:

Gewicht /	KG
Größe	cm

Ist eine zweite Person mitzuversorgen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, dann bitte zwei Bögen ausfüllen
--	---	--



Diagnosen:

altersbedingte Gehschwäche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Thrombose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	beginnende Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig	Dekubitus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	fortgeschrittene Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes insulinpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Alzheimer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> hoch	Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Parkinson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Depression <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Inkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Multiple Sklerose (MS) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			



Beginn der Versorgung:	
Art der Versorgung (Schwerpunkt):	<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Gesellschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges
Dauer des Auftrages:	
Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall
beantragt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
welche:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall
wann:	

Pflegedienst:

Erfolgt derzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst und wie oft:	

Orientierung / Stimmung

zeitlich orientiert <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> kaum	örtlich orientiert <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> kaum
Depressiv <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> sehr depressiv	Aggressiv <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> sehr depressiv

Geistiger Zustand

Beschreibung (klar apathisch teilnahmslos verwirrt, usw.):

Andere

Sprache: <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> geringe Einschränkung <input type="checkbox"/> starke Einschränkung
Hörvermögen: <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> geringe Einschränkung <input type="checkbox"/> starke Einschränkung
Sehkraft: <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> geringe Einschränkung <input type="checkbox"/> starke Einschränkung



Bewegung	
Bewegungsmöglichkeiten:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> selbständig mit Unterstützung <input type="checkbox"/> überwiegend im Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig
Rollator:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorgesehen
Pflegestuhl Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorgesehen
Transferlifter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorgesehen
Hebelifter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorgesehen
Wannenlifter:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorgesehen
Pflegebett:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorgesehen
Toilettenstuhl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorgesehen
Dekubitusmatratze:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vorgesehen
sonstige Hilfsmittel:	
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> selbständig mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nur mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
Transfer Bett / Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> selbständig mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nur mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
Körperpflege:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> selbständig mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nur mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
An-/auskleiden:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> selbständig mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nur mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht möglich
Ausscheidung / Urin:	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> teilweise inkontinent <input type="checkbox"/> inkontinent Unterstützung
Ausscheidung / Stuhl:	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> teilweise inkontinent <input type="checkbox"/> inkontinent
Essen und Trinken:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> volle Übernahme
Essen herrichten:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Essen mundgerecht herrichten <input type="checkbox"/> Essen schneiden <input type="checkbox"/> teilweise Esseneingabe <input type="checkbox"/> Getränke einreichen
Kau/ Schluckstörungen:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Kaustörung <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Kau- und Schluckstörung <input type="checkbox"/> Magensonde
Schlafstörung:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> Schlaf-/Wachstörung



Wenn Schlaf- / Wachrhythmus gestört, genauer beschreiben:
Wie oft nachts steht der Patient auf?:
Benötigt der Patient Hilfe?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bekommt der Patient Schlafmittel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstige Bemerkung:
Wie ist der Patient von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung):

Haushaltversorgung

Soll der Haushalt neben der Pflege / Betreuung mit übernommen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Rahmenbedingungen

Lage: <input type="checkbox"/> Großstadt <input type="checkbox"/> klein Stadt <input type="checkbox"/> Dorf <input type="checkbox"/> ländlich
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> Villa <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Etagewohnung
Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß) <input type="checkbox"/> ca 10 Min. <input type="checkbox"/> ca 20 Min. <input type="checkbox"/> mehr als 40 Min.

Ausstattung des Zimmers:

eigenes Zimmer im Haus/ Wohnung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fernseher vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nach Bedarf
Möglichkeit zum Telefonieren: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nach Bedarf
Möglichkeit der Internetnutzung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nach Bedarf
Erlaubt Besuch zu Empfangen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nach Bedarf
Übernachtung z.B. im Zimmer erlaubt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abhängig
Bemerkungen:

Ich versichere, mit meinen Namen als Ausfüller des Fragebogens, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Falls ausgedruckt, eigenhändige Unterschrift

.....