

Kundenfragebogen

1. Zu betreuende Person 1. (Einzelperson)

Name: _____

Anschrift: _____

Postempfänger _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/Fax: _____

Mobil: _____

Email: _____

1.1. Zu betreuende Person 2. (Partner/-in, Lebensgefährte/-in, Ehefrau/-mann)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Mobil: _____

Email: _____

1.2. Kontaktperson / Angehörige / Ansprechpartner

Name: _____

Anschrift: _____

Postempfänger _____

Telefon/Fax: _____ Mobil: _____

Email: _____

Geschäftlich: _____

Verhältnis zur betreuenden Person/en (Kind/Enkel/etc.): _____

2. Wohnverhältnisse

Die zu betreuende/n Person/en lebt/leben

in einem Haus in einer Wohnung

Im Haushalt wohnen insgesamt _____ Personen

Sind Haustiere vorhanden? Nein ja welche? _____

Die Betreuungskraft wird untergebracht:

in _____ Zimmer(n) Ausstattung: mindestens Bett und Schrank,

ein Fernseher wird zusätzlich zur Verfügung gestellt

kann ein getrenntes Bad/WC benutzen

Sonstiges: _____

Internet vorhanden

Internet nicht vorhanden

Ein Internetanschluss wird eingerichtet

3. Angaben zum Auftrag (Auftragszeit)

Einsatzbeginn ist

so schnell wie möglich

ab dem _____

4. Krankheitsbild der zu betreuenden Person/-en

	zu Person 1	zu Person 2
Einstufung des Pflegegrades	(wenn ja welche? -----) <input type="checkbox"/> wurde beantragt <input type="checkbox"/> ist derzeit nicht erforderlich	(wenn ja welche? _____) <input type="checkbox"/> wurde beantragt <input type="checkbox"/> ist derzeit nicht erforderlich
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MS-Patient*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehbehinderung (Blindheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit dem Gehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	

4.1. Auswirkungen von Erkrankungen, Behinderungen und Leiden

	zu Person 1	zu Person 2
Bettlägerigkeit*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin-Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl-Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheter vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	zu Person 1	zu Person 2
Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störung Tag/Nacht Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG Sonde vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markumarpatient/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. Hilfestellungen sind in erforderlichlich bei

	zu Person 1	zu Person 2
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zubettgehen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinführen/Benutzen WC*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewicht (nur bei mit * gekennzeichneten Punkten)

_____ kg

_____ kg

4.3. Vorhandene Hilfsmittel

zu Person 1

zu Person 2

Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator/Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badewannenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppenlift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antithrombose-Strümpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4. Bisherige Versorgung des/der Kunden

selbstständig durch Angehörige amb. Pflegedienst

Wenn ein ambulanter Pflegedienst die bisherige Versorgung übernommen hat, kommt dieser Weiterhin?

nein

ja - welche Tätigkeiten werden vom Pflegedienst durchgeführt und wie oft kommt er?

Bitte beachten Sie, dass die Betreuungskräfte keine Tätigkeiten übernehmen dürfen, die in den Bereich der medizinischen Behandlungspflege (z.B. medikamentöse Behandlung) fallen. Hierfür ist eine examinierte und anerkannte Pflegefachkraft erforderlich.

5. Anforderungen an die Betreuungskraft

Geschlecht unwichtig weiblich männlich

Mindestalter unwichtig ab _____ Jahre

Tierlieb unwichtig ja nein

5.1. Sprachkenntnisse der Betreuungskraft

- Die Betreuungskraft verfügt über Grund Kenntnisse der deutschen Sprache, einfache Anweisungen und Unterhaltungen sind möglich.
- Die Betreuungskraft verfügt über ausreichend gute Kenntnisse der deutschen Sprache. Viele Unterhaltungen sind möglich.
- Unterhaltungen sind in einer anderen Sprache möglich und zwar in _____

5.2. Platz für weitere/sonstige Bemerkungen

6. Tagesablaufplan für

- Frau Herrn Familie

6.1. Zeitlicher Überblick

___ : ___ Uhr: _____

__ : ___ Uhr: _____

___ : ___ Uhr: _____

6.2. Persönliche Vorlieben

	zu Person 1	zu Person 2
Spaziergänge unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Literatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges _____

6.3. Spezielle Wünsche bei der Speisezubereitung

Frühstück:

8. Wie Sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ort, Datum

Pflegeperson/Angehöriger