

## **FRAGEBOGEN**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und ausführlich aus und senden Sie diesen an uns per Post: Mochnackiego 1A/5, 76-200 Słupsk oder per E-Mail: [katharina@atenacare.de](mailto:katharina@atenacare.de) zurück.

### **1. Auftraggeber/ Rechnungsempfänger:**

Vorname, Name:	
Anschrift:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

### **2. Die pflegebedürftige Person:**

Vorname, Name	
Anschrift:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Geburtsdatum:	

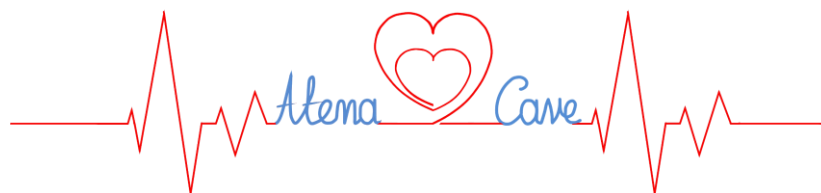
### **Beziehungsverhältnis zu der zu betreuende Person:**

--

### **3. Angaben zur Pflege:**

#### **Allgemeine Anamnese:**

Pflegegrad:	Kein Pflegegrad:
Größe:	Gewicht:
Alter:	Geistliche Zustand:



### Krankheiten:

Arthrose	Allergien	Alzheimer
Demenz	Diabetes	Dekubitus
Herzinfarkt	Herzinsuffizienz	Hypertonie
Inkontinenz	Rheuma	Asthma
Parkinson	Katheter	Stoma
PEG- Sonde	Tumor	Osteoporose
Schlaganfall	Lähmungen	Multiple Sklerose
Sprachstörungen	Hörprobleme	Sehprobleme

### Beweglichkeit:

uneingeschränkt	mit Unterstützung	nicht mobil
-----------------	-------------------	-------------

### Hilfsmittel:

Stock	Rollator
Rollstuhl	Toilettenstuhl
Pflegebett	Dekubitus-Matratze
Treppenlift	Patientenlift
Aufstehhilfe	Sonstige:

### Transfer:

nicht nötig	Patient braucht nur Unterstützung
Patient hilft mit	Patient hilft nicht mit
Transfer nur mit Patientenlift	muss gehoben werden



**Körperpflege:**

	vollständige Hilfe	selbständig
Baden/Duschen		
Mundpflege		
Zahnprothese		
Intimpflege		
Rasieren		
Haarpflege		

**Wird die betreuende Person im Bett gewaschen?**

- 

**Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?**

- 

**Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?**

- 

**4. Nachtarbeit:**

<b>Sind Nachteinsätze erforderlich?</b>	
ja	nein
<b>Falls JA, wie oft?:</b>	
•	
<b>Welche Tätigkeiten fallen an?:</b>	
•	
<b>Wie kann man der Patient nachts erreichen?</b>	
•	
<b>Bekommt der Patient ein Schlafmittel?</b>	
ja	nein



## 5. Wohnsituation:

<b>Wohnt die Pflegebedürftige Person allein?</b>	ja	nein
<b>Falls NEIN, wie viele Personen leben noch im Haushalt? :</b>		
<b>Wohnen Angehörige in der Nähe?</b>	ja:	nein
<b>Sind Tiere im Haushalt?</b>	ja:	nein
<b>Wenn ja, welche?</b>		

## Angaben zum Haushalt:

Einfamilienhaus	Mehrfamilienhaus	Wohnung
Balkon	Garten	Internet

## Zimmerausstattung der Betreuungskraft:

Eigenes Zimmer	Eigenes Bad	Radio
TV	Internet	Balkon
Sonstiges:		

## 6. Erwartungen an die Betreuungsperson:

<b>Geschlecht:</b>	egal	weiblich	männlich
<b>Bevorzugtes Alter:</b>	egal	20- 40	40- 60
<b>Pflegeerfahrung:</b>	egal	ja	nein
<b>Raucher:</b>	egal	ja	nein
<b>Führerschein:</b>	egal	ja	nein
<b>Coronaimpfung:</b>	egal	ja	nein
<b>Tierlieb:</b>	egal	ja	nein
<b>Sprachkenntnisse:</b>			
schwach		kommunikativ	
gut		Sehr gut	



Einsatzbeginn:	
Dauer des Einsatzes:	

## 7. Schlussbemerkungen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	
Sind Sie mit zusätzlichen Kosten wie Reisekosten in Höhe 100 Euro pro eine Strecke einverstanden?	
In welchem Budgetkosten suchen Sie eine Betreuungskraft?	
Gibt es einen anderen Ansprechpartner, der nicht ein Auftraggeber ist? Falls JA , tragen Sie bitte die Kontaktdaten ein.	
Haben Sie noch Fragen oder möchten Sie uns etwas mitteilen?	

- Bitte die passenden Felder mit Kreuz markieren

Ort, Datum

Unterschrift