

Auftragsfragebogen für den Bereich Pflege und Serviceleistungen

1. Allgemeine Angaben

Angaben des Leistungsempfängers

Name :..... Vorname :.....

Geburtsdatum :.....

Adresse

Straße :..... Hausnummer :.....

PLZ :..... Ort :

Telefonnummer :

Mobil-Nummer :

Größe :..... Gewicht :.....

Wohnt der Patient alleine?

Angaben zur Kontaktperson (falls anders als Leistungsempfängers)

Name :..... Vorname :

Adresse

Straße :..... Hausnummer :

PLZ:..... Ort :

Telefonnummer :

Mobil-Nummer :

E-Mail Adresse :

Verwandtschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson :

Diagnosen:

- | | | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Schwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz * | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig |
| <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"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> MRSA/ORSA | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> sonstige ** |

**was :.....

*Demezstadium :.....

Pflegestufe:

Seit wann? :.....

Keine:

Wenn ja, welche: 1. 2. 3.

Beantragt / wann? :.....

Pflegeversorgung:

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst:

ja nein

Wie oft täglich:.....

Welche Tätigkeiten (auch medizinische Pflege) 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

Probleme in der Orientierung:

- Zeitliche: ja zeitweise massive Probleme
- Örtliche: ja zeitweise massive Probleme
- Persönliche: ja zeitweise massive Probleme

Bewegung:

- selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig
- mit Rollator
- Hilfsmittel:.....

Treppensteigen:

- selbstständig mit Unterstützung nicht möglich
- Hilfsmittel:.....

Transfer Bett / Rollstuhl / WC :

- selbstständig hilft mit komplett unselbstständig bettlägerig / kein Transfer
- Hilfsmittel:.....

Hilfsmittel:

- Pflegebett Lift Antidekubitusmatraze Rollstuhl Rollator

sonstige:.....

Baden/ Duschen:

- selbstständig braucht Unterstützung komplett unselbstständig

Hilfsmittel:.....

	selbstständig	unselbstständig	teilweise unselbstständig	Beaufsichtigung Anleitung
Gesicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterkörper:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen / waschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent inkontinent

Hilfsmittel (tagsüber; nachts):.....

Katheter:.....

Stuhlkontrolle:

- kontinent teilweise inkontinent inkontinent

Hilfsmittel (tagsüber; nachts):.....

Aktuelle Therapien:

- keine krankengymnastik Logopädie
 sonstige:.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Anforderungen an die Pflegekraft

Geschlecht:

- Frau Mann keine Präferenz

Alter (in Jahren):

- 20- 30 30-40 40-50 älter als 50 keine Präferenz

Rauchen:

- ja nein unwichtig

Führeschein:

- ja nein

Rahmenbedingungen:

Lage:

- Großstadt- zentral Großstadt- abgelegen Kleinstadt
 Dorf Ländlich

Wohnsituation:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung
 sonstige:.....

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- ca. 10 min. 20 min. ca.40 min. 1Stunde
 länger als 1 Stunde

Bemerkungen:.....

Haustiere:

- keine wennja, welche:.....

Serviceleistungen:

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| Einkaufsservice | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Mahlzeitservice | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Wäsche- und Bügelservice | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Haushaltshilfe | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Haus-, Garten und Grabbpflege | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Haustierpflege | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Botengänge | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Alltagsbegleitung | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Betreute Ausflüge | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Lebenshilfe und Lebensgestaltung | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Hilfe bei Post und Rechnungen | <input type="checkbox"/> gewünscht |
| Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> gewünscht |

