

Fragebogen - Berlin Pflegeagentur



Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Geschlecht: Mann Frau

Name und Vorname:

Anschrift mit PLZ:

Geburtsdatum: Größe und Gewicht:

Mit wem wohnen Sie?

Auftraggeber/in (Kontaktperson):

Name und Vorname:

Anschrift mit PLZ:

Telefon: E-Mail:

Gesundheitszustand:

Pflegestufe: 0 1 2 3 4 5

Ist der Patient/die Patientin durch den Pflegedienst versorgt? ja nein

Wie oft täglich?

Die Tätigkeiten des Pflegedienstes:

Soll der Pflegedienst weitergeführt oder beantragt werden? ja nein

Krankheiten / Beschwerden:

Aggression	Alzheimer	Sonstige:
Arthrose	Asthma	
Beginnende Demenz	Dekubitus	
Depression	Diabetes	
Herzinfarkt	Herzinsuffizienz	
Hörprobleme	Herzrhythmusstörungen	
Hypertonie	Inkontinenz	
Multiple Sklerose	Osteoporose	
Parkinson	Rheuma	

Allergien:

Krebserkrankungen:

Schlaganfall, Beeinträchtigungen:



Mobilität

voll eingeschränkt bettlägerig

Wenn eingeschränkt, welche Hilfsmittel sind verfügbar?

Rollator Rollstuhl Krücken Stock Sonstige:

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe beim Transfer vom Bett?

ja nein manchmal

Wenn ja, bitte genauer beschreiben (inkl. Hilfsmittel):

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe beim Treppeneinsteigen?

ja nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben (inkl. Hilfsmittel):

Körperpflege

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe bei der Körperpflege? ja nein

Wenn ja, bitte wählen:

Gesicht	Mundpflege	Oberkörper	Gesäß / Beine
Intimsphäre	Haare waschen	Haare kämmen	Handpflege
Fußpflege	Rasieren		

Hilft der Patient / die Patientin mit? ja nein

Baden / Duschen

Wie oft? täglich wöchentlich
 Hilft der Patient / die Patientin mit? ja nein

Inkontinenz

Urinkontrolle

kontinent inkontinent manchmal inkontinent

Welche Hilfsmittel sind verfügbar?

Windeln Vorlagen Urinflasche Toilettenstuhl
 Katheter Bettpfanne

Stuhlkontrolle

kontinent inkontinent manchmal inkontinent

Welche Hilfsmittel sind verfügbar?

Windeln Vorlagen Bettpfanne Toilettenstuhl
 künstlicher Darmausgang

Weitere Pflege

Braucht der Patient / die Patientin Hilfe beim An- und Auskleiden? ja nein
 Braucht der Patient / die Patientin Hilfe beim Essen / Trinken (z.B. Schneiden)? ja nein
 Hat der Patient / die Patientin Kaustörungen? ja nein
 Hat der Patient / die Patientin Schluckstörungen? ja nein
 Braucht der Patient / die Patientin eine Diät? ja nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben:

Nachtarbeit

Ist regelmäßige Nachtarbeit nötig? ja nein

Wenn ja, bitte genauer bechreiben:

Bekommt der Patient/die Patientin Schlafmittel? ja nein

Freizeit

regelmäßig, 2 Stunden pro Tag und mindestens ein halb Tag pro Woche
unregelmäßig, nach Vereinbarung (bitte beschreiben):



Was soll eine Betreuungskraft außer der 24-Std. Pflege tun?

Kochen Waschen Bügeln
Reinigen Blumen gießen kleine Gartenarbeit
Haustiere versorgen (welche?)

Andere:

Soll die Kraft regelmäßig Auto fahren? ja nein

Wenn ja, bitte genauer beschreiben:

Bitte beschreiben Sie kurz den Patient/die Patientin (z.B Charakter, Hobbys, Tagesablauf):

Wohnsituation

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

m²:

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

bis 10 Minuten bis 20 Minuten bis 45 Minuten ca. 1 Stunde

länger als 1 Stunde

Das Zimmer für die Kraft:

eigenes Bad Radio TV Internet

Andere:



Dauer der Unterstützung

1-2 Monate

3-6 Monate

dauerhaft

Beginn der Unterstützung:

Haben Sie vielleicht andere Wünsche?

Vielen Dank! Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen per eMail.

nowak.firmaberlin@gmail.com