

# Fragebogen

## 24H Pol-Pflege Vermittlungsagentur

### Wichtige Informationen:

- bitte frühestens zwei bis drei Wochen vor dem geplanten Betreuungsbeginn ausfüllen
- bitte vor dem Ausfüllen, familienintern mit der pflegebedürftigen Person/en, die Akzeptanz einer Betreuungskraft besprechen
- bitte prüfen Sie täglich Ihr E-Mail Postfach

### Angaben zum Patienten:

Name/n: \*

Vorname/n: \*

Alter: \*

Postleitzahl: \*

Ort: \*

Telefonnummer : \*

Mobil:

E-Mail-Adresse:

Gewicht: \*

Größe: \*

### Angaben zur Kontaktperson:

Name/n: \*

Vorname/n: \*

Postleitzahl: \*

Ort:

Telefonnummer: \*

Mobil:

E-Mail-Adresse: \*

### Diagnosen / Krankheitsbild:

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz und falls nötig ergänzen Sie bitte in den dafür vorgesehenen Felder

- |                                       |                                      |  |   |  |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Demenz Beginn | <input type="checkbox"/> Alzheimer        | <input type="checkbox"/> Rheuma            |
| <input type="checkbox"/> Asthma       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Demenz        | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Depressionen      |
| <input type="checkbox"/> Parkinson    | <input type="checkbox"/> Hypertonie  | <input type="checkbox"/> Diabates      | <input type="checkbox"/> HIV              | <input type="checkbox"/> Stoma             |
| <input type="checkbox"/> Allergien    | <input type="checkbox"/> Multiple    | <input type="checkbox"/> Diabates      | <input type="checkbox"/> chronische       | <input type="checkbox"/> Inkontinenz       |
| <input type="checkbox"/> Geschwäche   | Sklerose                             | (Insulinpflicht)                       | Durchfälle                                | <input type="checkbox"/> Krebs (Krebsart): |

andere Diagnosen:

Bitte schildern Sie den aktuellen Krankheitsverlauf z.B. bei Demenz, Depressionen oder Parkinson wie Aggressivität, Orientierungsstörungen (zeit, raum), psychische Störungen:

## Pflegegrade

Pflegegrad anerkannt?  Ja  Nein

Beantragt:  Ja  Nein

welcher Pflegegrad ?

- kein Pflegegrad bisher anerkannt
- Pflegegrad-1
- Pflegegrad-2 (ehem. Pflegestufe 0 mit Demenz / Pflegestufe I ohne Demenz)
- Pflegegrad-3 (ehem. Pflegestufe I mit Demenz / Pflegestufe II ohne Demenz)
- Pflegegrad-4 (ehem. Pflegestufe II mit Demenz / Pflegestufe III ohne Demenz)
- Pflegegrad-5 (ehem. Pflegestufe III mit Demenz / Härtefall)

*Falls Sie noch kein Pflegegrad beantragt haben, können wir Ihnen gerne dabei behilflich sein. Bitte lassen Sie es uns wissen.*

## Pflegedienst

Erfolgt zur Zeit eine Versorgung durch den Pflegedienst:  Ja  Nein

Wie oft ist der Pflegedienst vor Ort

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst

Wird der Pflegedienst auch in Zukunft parallel zur der Betreuung zusätzlich in Anspruch genommen?

- Ja  Nein  eventuell falls notwendig

### An-/auskleiden

- selbständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

### Toilettengang

- selbständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

### Kommunikationseinschränkung

- Sprache
- Sehkraft
- Hörvermögen
- keine

### Essen / Trinken

- selbständig
- braucht Hilfe
- komplett hilfsbedürftig

### Körperpflege

- selbständig
- teilweise selbständig
- unter Anleitung
- komplett Unterstützung

### Bewegung

- selbständig
- mit Unterstützung
- überwiegend im Rollstuhl
- bettlägerig

### Transfer z.B. Bett/Rollstuhl

- selbständig
- hilft mit
- komplett hilfsbedürftig
- nur noch bettlägerig (kein Transfer mehr notwendig)

### Hilfsmittel

- Pflegebett
- Toilettenstuhl
- Rollator
- Hebelift / Aufstehlifter
- Treppenlifter

### Notwendige Nachteinsätze

- keine
- 1-2 mal
- 3-4 mal
- mehr als 4

### Regelmäßigkeit der Nachteinsätze

- regelmäßig
- unregelmäßig
- keine Nachteinsätze

### Weitere nennenswerte Einschränkungen

## Anforderungen an das Personal

### Geschlecht

- Frau  
 Mann  
 egal

### Alter

- 20-30 jahre  
 31-40 jahre  
 41-50 jahre  
 51-60 jahre  
 egal

### Sprachkenntnisse

- sehr gut / fließend  
 gut  
 mittel / befriedigend  
 gering / Grundkenntnisse

### Führerschein

- unwichtig  
 unbedingt erforderlich mit Fahrpraxis (Fahrzeug vorhanden)  
 nützlich aber nicht zwingend erforderlich

### Raucher

- Nichtraucher  
 Ja, aber nur draußen  
 egal

### Gewünschte / Hausarbeiten

- Reinigung / Putzen  
 Kochen  
 Einkaufen  
 Waschen / Bügeln

### Ab wann ist die Betreuungskraft erwünscht ?

### Welche weiteren Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Betreuungskraft ?

### Lage

- Großstadt - Zentral  
 Großstadt - Außerhalb  
 Kleinstadt  
 Dorf  
 ländlich

### Öffentliche Verkehrsmittel

- ca. 5 min  
 ca. 10 min  
 ca. 15 min  
 15 min +

### Wohnsituation

- Einfamilienhaus  
 Zweifamilienhaus  
 Wohnung  
 Sonstiges:

### Einkaufsmöglichkeiten, zu Fuss

- ca. 5 min  
 ca. 10 min  
 ca. 15 min  
 15 min +

### Personen, die im Haushalt leben

- nur pflegebedürftige Person  
 pflegebedürftige Person + Ehepartner o. Lebenspartner  
 pflegebedürftige Person + andere/mehrere Personen

*Bitte die Anzahl der weiteren Personen angeben. Um welche Personen handelt es sich? (z.B. Tochter, Sohn, Enkel usw.)*

### Der Pflegekraft steht zur Verfügung

- Internet  
 Internet kann auf Wunsch eingerichtet werden  
 TV  
 Telefon  
 1 Zimmer (abschließbar)  
 2 Zimmer oder mehr  
 Badezimmer separat  
 Bad (mitbenutzung)

Falls mehrere Personen im Haushalt pflegebedürftig sind (z.B. Ehepaar) bitte pro Person je ein Formular ausfüllen.

**Für die weiteren Personen im Haushalt**

- soll mitgekocht und mitgewaschen werden
- soll nicht mitgekocht und mitgewaschen werden
- keine weiteren Personen (nur pflegebedürftige Person)

**Bitte schildern Sie einen Tagesablauf in kurzen Sätzen**

**Morgens:**

**Vormittags:**

**Mittags:**

**Nachmittags:**

**Abends:**

**Nachts:**

**Welche Hobbys und Interessen hat der Patient:**

**Hier können Sie noch weitere Anliegen und Informationen notieren:**

**Wie sind Sie auf unsere Agentur aufmerksam geworden?**

- |                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internet  | <input type="checkbox"/> Mundpropaganda | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                                      |
| <input type="checkbox"/> Medien    | (z.B. Bekannte)                         | <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Prospekte | <input type="checkbox"/> Hausarzt       |  |

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte Informationen nach meinem besten Wissen korrekt und vollständig sind.

- Hiermit bestätige ich, dass ich die [Datenschutzerklärung](#) gelesen und verstanden habe und akzeptiere.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift