24H POL-PFLEGE
Pflege Vermittlungsagentur
Pflegekräfte aus Polen www.pol-pflege24.de

Tel.: +49 (0) 5121 294 16 51
Mobil: +49 (0) 177 411 1153
E-Mail: info@pol-pflege24.de
Internet: https://www.pol-pflege24.de

Bedarfsfragebogen

Pol-Pflege24 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 (auch Spamordner)

Pflichtfelder: ○ □

Angaben zum Patienten / Pflegebedürftigen:

Name/n:
Vorname/n:
Postleitzahl:
Ort:
E-Mail-Adresse:
Alter:
Gewicht (kg):
Größe (cm):

Angaben zur Kontaktperson:

Name/n:
Vorname/n:
Postleitzahl:
Ort:
Telefonnummer:
E-Mail-Adresse:

Diagnosen / Krankheitsbild:

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

☐ Schlaganfall	☐ Osteoporose	☐ Demenz Beginn	☐ Alzheimer	☐ Rheuma
☐ Asthma	☐ Herzinfarkt	☐ Demenz	☐ Herzinsuffizienz	☐ Depressionen
☐ Parkinson	☐ Hypertonie	☐ Diabetes	☐ HIV	☐ Stoma
☐ Allergien	☐ Multiple Sklerose	☐ Diabetes (Insulinpflicht)	☐ Chronische Durchfälle	☐ Inkontinenz
☐ Geschwäche				☐ Krebs (Krebsart):

andere Diagnosen:

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

Tel.: +49 (0) 5121 294 16 51
Mobil: +49 (0) 177 411 1153
E-Mail: info@pol-pflege24.de
Internet: https://www.pol-pflege24.de

Pflegegrade

Pflegegrad anerkannt? ◉ Ja ◯ Nein Beantragt: ◯ Ja ◯ Nein

welcher Pflegegrad ?

◯ kein Pflegegrad bisher anerkannt
◯ Pflegegrad 1
◯ Pflegegrad 2
◯ Pflegegrad 3
◯ Pflegegrad 4
◯ Pflegegrad 5

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

Tel.: +49 (0) 5121 294 16 51
Mobil: +49 (0) 177 411 1153
E-Mail: info@pol-pflege24.de
Internet: https://www.pol-pflege24.de

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
- ◯ nein
- ◯ unbedingt erforderlich (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 (W-LAN)
- ☐ Internet kann auf Wunsch eingerichtet werden
- ☐ TV
- ☐ Telefon
- ☐ 1 Zimmer (abschließbar)
- ☐ 2 Zimmer oder mehr
- ☐ Badezimmer separat
- ☐ Bad (Mitbenutzung)

Tel.: +49 (0) 5121 294 16 51
Mobil: +49 (0) 177 411 1153
E-Mail: info@pol-pflege24.de
Internet: https://www.pol-pflege24.de

Falls mehrere Personen im Haushalt pflegebedürftig sind (z.B. ein 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, Wünsche und Informationen notieren:

Wie sind Sie auf unsere Agentur aufmerksam geworden?

- ☐ Internet
- ☐ Medien
- ☐ Prospekte
- ☐ Mundpropaganda (z.B. Bekannte)
- ☐ Hausarzt
- ☐ eBay-Kleinanzeigen
- ☐ Sonstiges:

☐ 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.

Formular zurücksetzten | Formular senden | Formular speichern | Formular drucken