

Bitte ausfüllen und an folgende E-Mail Adresse senden:
bernd.eiflaender@polnischpflegekraefte.de
 oder alternativ per Fax an 06063 841 9951 oder
 per Post an: 50plus Deutschland Bernd Eifländer
 Finkenweg 20, 64753 Brombachtal/ Odw.



I Allgemeine Angaben

Name der Kontaktperson:		Name der zu betreuenden Person:	
Vorname der Kontaktperson:		Vorname der zu betreuenden Person:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Adresse:		Adresse:	
Straße:		Straße:	
Hausnummer:		Hausnummer:	
Postleitzahl (PLZ):		Postleitzahl (PLZ):	
Ort:		Ort:	
Postfach:		Postfach:	
Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):		Telefonnummer mit Vorwahl (Haus):	
Telefonnummer mit Vorwahl (Arbeit):		Telefonnummer (Mobil):	
Telefonnummer (Mobil):		Gewicht:	
E-Mail:		Größe:	
Verwandtschaftsgrad der zu betreuenden Person und der Kontaktperson:		Wohnt die zu betreuende Person alleine?	

Diagnosen:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. |
| <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"/> sonstige: | | | |

Pflegestufe:

Keine:

Wenn ja, welche: 1. 2. 3.

Beantragt: 1. 2. 3.

Pflegedienst:

Erfolgt z. Zt. Versorgung durch Pflegedienst: ja nein

Wie oft täglich:

Welche Tätigkeiten 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

Orientierung:

Zeitlich: ja zeitweise massive Probleme
Örtlich: ja zeitweise massive Probleme
Persönlich: ja zeitweise massive Probleme

Bewegung:

selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen:

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Hilfsmittel:

Transfer Bett / Rollstuhl:

selbstständig hilft mit komplett hilfsbedürftig bettlägerig / kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett Lift Dekubitusmatratze Rollstuhl Rollator

Baden / Duschen:

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Hilfsmittel:

Körperpflege:

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	komplette Unterstützung
Gesicht:	<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"/>
Gesäß / Beine:	<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 (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel: Windeln Vorlagen Urinflasche

Katheter suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle:

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

An- / Auskleiden:

selbstständig braucht Hilfe komplett hilfsbedürftig

Essen / Trinken:

selbstständig braucht Hilfe z. B. beim Schneiden komplett hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen:

keine Störungen PEG-Sonde

Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät:

keine wenn ja, welche:

Ein- / Durchschlafen:

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-wach-Rhythmus gestört

Wie oft steht die zu betreuende Person jede Nacht auf:

1Mal 2 - 3 Mal mehr als 3 Mal

Bekommt Schlafmittel: ja nein

Aktuelle Therapien:

keine Krankengymnastik Logopädie sonstige:

Wie ist die zu betreuende Person von Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)

Ab wann soll die Betreuung stattfinden?	
gewünschte von einer Betreuerin abgedeckte Betreuungsdauer:	
<input type="checkbox"/> weniger als 3 Monate	<input type="checkbox"/> mehr als 3 Monate
Der nächste größere Bahnhof ist in:	
Der nächste größere Busbahnhof ist in:	
Die Betreuerin kommt am besten an in diesem Ort:	
Sie kann dort abgeholt werden <input type="checkbox"/> Die Betreuerin muß sich von dort ein Taxi nehmen <input type="checkbox"/>	

II. Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

1. Anforderungen an das Personal:

Geschlecht:

Frau Mann irrelevant

Alter (in Jahren):

20 – 30 30 - 40 40 - 50 älter als 50 irrelevant

Sprachkenntnisse:

1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend) 4 (ausreichend) 5 (schwach)

Ausbildung:

diplomierte Krankenschwester Altenbetreuer / -in

Führerschein:

ja, mit Fahrpraxis nein

Welche Erwartungen / Vorstellungen / Wünsche haben Sie in Bezug auf die Betreuerin?

2. Rahmenbedingungen:

Lage:

Großstadt - zentral Großstadt – abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Wohnsituation:

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung sonstige:

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

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

Ausstattung des Zimmers für den / die Mitarbeiter / -in:

eigenes Bad Bett Tisch Schrank Radio TV

Bemerkungen:

3. Arbeitspensum und Freizeitregelung:

Einsatzzeit:

ca. 6 Std. Betreuung / Tag ca. 8 Std. Betreuung / Tag ca. 10 Std. Betreuung / Tag

Nachteinsätze:

nein ab und zu häufig jede Nacht

Freizeit:

2 Stunden / pro Tag 1-1/2 Tag / pro Woche nach Absprache

Dauer des Einsatzes:

1 Monat 2 - 3 Monate 3 Monate

4. Zusätzliche Voraussetzungen:

Haustiere:

keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf nein

Einkäufe / Kochen / Essenvorbereitung:

immer ab und zu nein

Liebblingslebensmittel und -getränke:

Waschen:

immer ab und zu nein

Bügeln:

immer ab und zu nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

immer ab und zu nein

Gibt es eine Haushaltshilfe: nein wenn ja, wie oft kommt zum Einsatz:

Welche weitere Hilfe benötigt die zu betreuende Person im Haushalt:

III. Tagesablauf:

Morgens:			
<input type="checkbox"/> wecken um:		Uhr	<input type="checkbox"/> ausschlafen lassen
Baden / Duschen:			pro Woche

Vormittags:	

Mittags:	

Nachmittags:	

Abends:	

Nachts:	

Welche Hobbys hat die zu betreuende Person:
--

Sonstiges:
