

Personendaten

Datum

Angaben - Kontaktperson

Vorname, Name (Kontaktperson)

Adresse (komplett)

Telefon mit Vorwahl

Mobilnummer

E-Mail

Faxnummer

Angaben - zu betreuende Person

Vorname, Name (zu betreuende Person)

Adresse (komplett)

Telefon mit Vorwahl

Mobilnummer

E-Mail

Geschlecht weiblich männlich

Geburtsdatum

keinen 1 2 3 4 5

Pflegegrad

Größe

Gewicht

Angaben zum Wohnort

Dorf

Kleinstadt

Stadt

Wohnsituation

wohnt alleine

mit Ehepartner

kleinere Wohngemeinschaft

Ist am Betreuungsort Internet verfügbar?

ja

nein

nein, kann aber realisiert werden

Die Pflege übernimmt zur Zeit

Krankenhaus/Reha/Pflegeheim/Kurzzeitpflege

Pflegedienst/Sozialstation

Seniorenbetreuer/in

Familie

Welche Krankheiten liegen vor?*

Liegen ansteckende Krankheiten vor und wenn ja, welche?*

***Hinweis:** Eine medizinische Betreuung ist durch das Betreuungspersonal nicht möglich!

Mobilität*

kann alleine laufen

kann mit Hilfe laufen

steht selbständig auf

steht mit Hilfe auf

komplett hilfsbedürftig

bettlägerig

*bei quadratischen Kästchen ist eine Mehrfachauswahl möglich

Hilfsmittel Mobilität

Gehstock

Rollstuhl

Rollator

Badewannenlift

Bettenlift

Treppenlift

Toilettenstuhl

Pflegebett

Dekubitusmatratze

sonstige

Treppensteigen

selbständig

mit Unterstützung

nicht möglich

Transfer Bett - Rollstuhl

kein komplett hilfsbedürftig	selbständig	hilft mit
---------------------------------	-------------	-----------

Geistiger Zustand

dem Alter normal	apathisch
Depression	vergesslich
verwirrt	andere psychische Krankheiten

Sprache

keine Probleme	leichte Probleme	starke Probleme
----------------	------------------	-----------------

Sehkraft

keine Probleme	leichte Probleme	starke Probleme
----------------	------------------	-----------------

Hörvermögen

keine Probleme	leichte Probleme	starke Probleme	taub
----------------	------------------	-----------------	------

Brille

ja	nein
----	------

Hörgerät

ja	nein
----	------

Toilette

selbständig	mit Hilfe/Anleitung	nicht möglich
-------------	---------------------	---------------

Urinkontrolle

kontinent	teilw. inkontinent (z.B. nachts)
inkontinent	

Stuhlkontrolle

kontinent	teilw. inkontinent (z.B. nachts)
inkontinent	

Hilfsmittel Ausscheidungen

Windelhosen	Einlagen	Katheter	Urinflasche
-------------	----------	----------	-------------

Baden / Duschen

selbständig braucht Hilfe/Anleitung
komplett hilfsbedürftig

An- und Auskleiden

selbständig braucht Hilfe/Anleitung komplett hilfsbedürftig

Essen / Trinken

selbständig braucht Hilfe/Anleitung komplett hilfsbedürftig

Diät

ja nein

Schluckstörungen

keine Störungen Nahrungskarenz Trinkkarenz
PEG-Sonde

Wie oft steht der Patient nachts auf oder benötigt Hilfeleistungen?

nie selten 1 mal 2 bis 3 mal
mehr als 3 mal

Bekommt der Pflegebedürftige Schlafmittel?

ja nein

Aktuelle Therapien

keine Krankengymnastik Physiotherapie Logopädie

Sonstige Therapien

Wie ist der Patient vom Wesen und Charakter? (z.B. friedlich, aggressiv etc.)

Probleme bei der Orientierung:

	nein	zeitweise	massive Probleme
zeitlich			
örtlich			
persönlich			

AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN

1. Grundpflege

Körperpflege (Duschen, Baden, Zahnpflege etc.)

ja nein

Baden / Duschen, wie oft pro Woche?

Teilbereiche des Körpers bei der Körperpflege

	selbständig	benötigt Hilfe/Anleitung	komplett hilfsbedürftig
Gesicht			
Mundpflege/Zahnprothese			
Oberkörper			
Gesäß/Beine			
Intimpflege			
Haare kämmen			
Rasieren			
Handpflege			
Fußpflege			

Mobilität (Hilfe beim Gehen, Stehen etc.)

ja nein

2. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

	nein	gelegentlich	immer
Kochen			
Einkaufen			
Wäsche waschen			
Bügeln			
Gartenarbeit			
Allg. Haushaltsarbeiten			
Haustierpflege			

Falls ja, welches Haustier?

Begleitung bei Arztbesuchen

ja nein

Betreuungsumfang

Ab wann ist eine 24h-Betreuung geplant

Geplante Betreuungsdauer

1 Monat 2 bis 3 Monate langfristig

Wieviele Personen müssen betreut werden?

1 2 3 oder mehr

Weitere Personalanforderungen

Geschlecht

weiblich männlich egal

Deutschkenntnisse

ausreichend befriedigend gut sehr gut

	egal	nein	ja, wichtig
Führerschein			
Pflegeerfahrung			
Nichtraucherin			
Covid19 Impfung			

Ihre Nachricht an uns

8 UHbgW i mYf_} fi b[

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche in diesen Fragebogen eingetragenen Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, von der Pflegemanufaktur24 zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages zur Erbringung von 24 Std. Betreuungsleistungen von darauf spezialisierten ausländischen Unternehmen, erhoben, verarbeitet und genutzt werden und an solche Unternehmen zu ausschließlich diesem Zweck weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls verarbeitet und genutzt werden. Soweit ich, die Kontaktperson, Daten in diesen Erhebungsbogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin.

Alle Angaben werden streng vertraulich und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet. Sollte kein solches Vertragsverhältnis zustande kommen, werden die Daten nach 90 Tagen gelöscht bzw. unbrauchbar gemacht. Ansonsten gelten die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Die Angabe Ihrer Daten ist freiwillig. Sie können diese jederzeit ändern und löschen lassen. Schreiben sie uns dazu ein Mail an datenschutz@pflagemanufaktur24.de. Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der Pflegemanufaktur24 finden sie im Internet unter: <https://www.pflagemanufaktur24.de/impressum/datenschutz/>



Grubmühlerfeldstr.54
82131 Gauting
Tel.: +49 (0) 89 558 90 159
Fax: +49 (0) 89 558 90 162
Mobil: +49 (0) 152 0988 7391
info@pflagemanufaktur24.de
www.pflagemanufaktur24.de