

ANFRAGEFORMULAR

1. ANGABEN ZUM EINSATZORT

| | | | |
|-----------------|--|-------------------|--|
| PLZ/ORT | | | |
| STRASSE/HAUS NR | | | |
| TELEFON | | Betreuung ab wann | |

2. KUNDENDATEN (zu betreuende Person)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------|--------------------------|----------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| VORNAME, NAME | | | | | Email | | | | | | | | |
| GEBURTSDATUM | | | | GEWICHT | | | GRÖßE | | | | | | |
| GESCHLECHT | männlich | <input type="checkbox"/> | weiblich | <input type="checkbox"/> | PFLEGEGRAD | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> |
| FAMILIE | im Haushalt | <input type="checkbox"/> | Im Haus | <input type="checkbox"/> | nicht vor Ort | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

Mit wem lebt die hilfsbedürftige Person im gleichen Haushalt zusammen?

| | | | | | | | |
|---------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| alleine | <input type="checkbox"/> | Ehepartner | <input type="checkbox"/> | Lebenspartner | <input type="checkbox"/> | Angehöriger | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|

Muss eine weitere Person im Haushalt versorgt werden? (Wenn Ja bitte Fragebogen 2a ausfüllen)

| | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | nur Hauswirtschaft | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|--------------------|--------------------------|------|--------------------------|

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|--|-------------------|--------------------------|
| RECHNUNG AUSSTELLEN AUF | Kunde | <input type="checkbox"/> | RECHNUNG SENDEN AN Email Adresse nötig | Kunde | <input type="checkbox"/> |
| | Kontaktperson Nr1 | <input type="checkbox"/> | | Kontaktperson Nr1 | <input type="checkbox"/> |
| | Kontaktperson Nr2 | <input type="checkbox"/> | | Kontaktperson Nr2 | <input type="checkbox"/> |

3. KONTAKTPERSON 1

| | | | | |
|-----------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| VORNAME/NAME | | | | |
| PLZ/ORT | | | | |
| STRASSE/HAUS NR | | | | |
| TELEFON | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| BEZIEHUNG ZUM PATIENT | | | | |
| BEVOLLMÄCHTIGTER | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

4. KONTAKTPERSON 2

| | | | | |
|-----------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| VORNAME/NAME | | | | |
| PLZ/ORT | | | | |
| STRASSE/HAUS NR | | | | |
| TELEFON | | | | |
| E-MAIL | | | | |
| BEZIEHUNG ZUM PATIENT | | | | |
| BEVOLLMÄCHTIGTER | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

5. SONSTIGE AN DER BETREUUNG BETEILIGTE KONTAKTE

| | | | | | | |
|---|----|--------------------------|------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Der ambulante Pflegedienst wird in Anspruch genommen? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Geplant | <input type="checkbox"/> |
| Folgende Leistungen werden übernommen | | | | | | |
| Weiterhin in dem Umfang geplant: | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Noch zu klären | <input type="checkbox"/> |

ANFRAGEFORMULAR

6. KUNDENBEZOGENE DIAGNOSEN

| | | | |
|------------------------------|--|----------------------|--|
| Altersvergesslichkeit | | Allergien | |
| beginnende Demenz | | Schmerzpatient | |
| Demenz/Alzheimer | | Inkontinenz | |
| Herzinsuffizienz | | Osteoporose | |
| Hypertonie (Bluthochdruck) | | Arthrose | |
| Hypotonie | | Rheuma | |
| Herzrhythmusstörungen | | Lähmung | |
| Herzinfarkt | | Depression | |
| Reduzierter Allgemeinzustand | | Diabetes | |
| Schlaganfall | | insulinpfl. Diabetes | |
| Multiple Sklerose | | Gehschwäche | |
| Behinderungen | | Krebs | |
| Parkinson | | | |

| | |
|----------------------|--|
| WEITERE DIAGNOSEN | |
|----------------------|--|

7. PFLEGEHILFSMITTEL

| | | | |
|----------------|--|----------------------|--|
| Brille | | Duschstuhl | |
| Gehstock | | Wannenlift | |
| Krücken | | Treppenlift | |
| Hörgerät | | Lagerungshilfen | |
| Rollator | | Wechseldruckmatratze | |
| Rollstuhl | | Drehscheibe | |
| Pflegebett | | Lift | |
| Toilettenstuhl | | andere | |

| | | |
|---------------------------|------|--|
| GIBT ES HAUSNOTRUFSYSTEM? | Ja | |
| | nein | |

8. MOBILITÄT

| | | | |
|-----------------------------|--|----------------------------------|--|
| mobil | | kleine Probleme beim gehen | |
| benötigt Rollator | | benötigt Rollstuhl | |
| bettlägerig (ohne Lagerung) | | bettlägerig muss gelagert werden | |

| | | | | | | |
|--|------|--|---------------------|--|-----------|--|
| BENÖTIGT DIE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON HILFE BEIM TRANSFER? (z.B. in den Rollstuhl) | Ja | | Patient hilft mit | | Mit Lift | |
| | nein | | Patient hilft nicht | | Ohne Lift | |

9. SEHEINSCHRÄNKUNGEN HÖREINSCHRÄNKUNGEN

| | | | |
|--------|--|-------------|--|
| keine | | weitsichtig | |
| links | | kurzsichtig | |
| rechts | | blind | |

| | | | |
|--------|--|----------|--|
| keine | | schwer | |
| leicht | | gehörlos | |
| mittel | | | |

10.

11. BEWUSSTSEINZUSTAND

| | | | |
|---------------------|--|-----------------|--|
| klar ansprechbar | | weglaufftendenz | |
| depressiv | | desorientiert | |

ANFRAGEFORMULAR

12. RUHE UND SCHLAF

| | |
|----------------------------|--|
| Einschlafprobleme | |
| Durchschlafprobleme | |
| Veränderter Tag/Nacht | |
| desorientiert | |
| Hält gerne Mittagschlaf | |

| | | | | | |
|--|----|--|------|------|-------------|
| NACHTEINSÄTZE SIND NOTWENDIG ? | | | | Ja | |
| | | | | nein | |
| WENN JA WIE OFT? | 1x | | 2-3x | | Mehr als 3x |
| BENÖTIGT UNTERSTÜTZUNG VON BETREUUNGSKRAFT? | | | | Ja | |
| | | | | nein | |

| | | |
|------------------------------|------|--|
| NIMMT SCHLAFFMITTEL ? | Ja | |
| | nein | |

| | |
|---|--|
| VERHALTEN IN DER NACHT BESCHREIBEN | |
|---|--|

13. HAUTZUSTAND

| | | |
|------------------|--------------|--|
| HAUT TYP | Normal | |
| | Trocken | |
| | Mischhaut | |
| | Fettige Haut | |
| DEKUBITUS | Ja | |
| | Nein | |

| | | |
|-------------------------|---------------------|--|
| HAUTERKRANKUNGEN | Akut | |
| | Chronisch | |
| | Ohne Krankheitsbild | |
| BESCHREIBEN | | |

14. DIÄT

| | | | |
|-----------------|--|-----------------------------------|--|
| Vollkost | | PEG-Sonde | |
| Diabetes | | Magensonde | |
| Fettarm | | Vegetarisch | |
| Salzarm | | Spezielle Diät, welche | |

| | | |
|--------------------------|------------|--|
| ERNÄHRUNGSZUSTAND | Normal | |
| | Adipös | |
| | Abmagerung | |

| | | |
|-------------------------|------|--|
| NARUNGSALLERGIEN | Ja | |
| | nein | |

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------|--|
| HILFE BEI NARUNGS-AUFNAHME | Nein | |
| | Komplett unterstützen | |
| | PEG | |
| | Teilweise | |

15. AUSSCHIEDUNG

| | | | | | | |
|---|------|--|----------------|--|--------|--|
| IST DIE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON INKONTINENT ? | Ja | | Stuhl | | Stoma | |
| | Nein | | Urinflasche | | Andere | |
| | Urin | | Blasenkatheter | | | |

| | | |
|------------------------------|----------------------|--|
| INKONTINENZVERSORGUNG | Vorlagen | |
| | Windeln | |
| | Anderes Inkomaterial | |

| | | |
|---|------------------------|--|
| WECHSELN VON VORLAGEN, WINDELN USW | Selbständig | |
| | Durch Betreuungsperson | |

ANFRAGEFORMULAR

16. BENÖTIGTE HILFE BEI DER KÖRPERPFLEGE UND ANDERE TÄTIGKEITEN

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------------|--|--------------------------------------|-----------------|--|
| GESICHT | Selbständig | | MUNDPFLEGE | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| ANKLEIDEN/ AUSKLEIDEN | Selbständig | | AUFSTEHEN/BETT GEHEN | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| DUSCHEN/BADEN | Selbständig | | INTIMPFLEGE | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| TOILETTENSTUHL | Selbständig | | MEDIKAMENTEN | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| TOILETTENGANG | Selbständig | | HAARE WASCHEN | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| URINFLASCHE | Selbständig | | EINLAGEN/WINDELN WECHSELN | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |

| | | |
|----------------------|----------------------------|--|
| BADEN/DUSCHEN | Morgens/Abends | |
| | Abends | |
| | Übernimmt der Pflegedienst | |
| | An bestimmten Tagen | |

| | |
|---|--|
| GEWÖNHHEITEN, PROBLEME BEI DER DURCHFÜHRUNG DER KÖRPERPFLEGE | |
|---|--|

17. TAGESSTRUKTUR

| | |
|-------------------|--|
| VORMITTAGS | |
| MITTAGS | |
| ABENDS | |

17. HOBBYS, GEWOHNHEITEN, PSYCHOSOZIALE HINWEISE, VORLIEBEN

ANFRAGEFORMULAR

| | |
|-------------------------------------|--|
| HINWEISE FÜR DIE PFLEGEKRAFT | |
|-------------------------------------|--|

18. RAHMENBEDINGUNGEN UND ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL

| | | |
|---------------------------------------|-----------|--|
| GESCHLECHT DER BETREUUNGSKRAFT | Frau | |
| | Mann | |
| | Unwichtig | |
| | | |
| ALTER | 20 - 45 | |
| | 45 - 60 | |
| | 60+ | |
| | Unwichtig | |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| SPRACHKENNTNISSE | Grundstufe (Grundwortschatz) | |
| | Mittelstufe (Einfacher Wortschatz, im Alltag verständlich) | |
| | Gut (Erweitere Wortschatz, Kommunikation am Tel möglich) | |
| | Fließend (Umfassender Wortschatz) | |

| | | |
|----------------|-----------------|--|
| RAUCHEN | Ja | |
| | Ja, nur draußen | |
| | Nein | |
| | Unwichtig | |

| | | |
|---------------------|-------------------|--|
| FÜHRERSCHEIN | Nein | |
| | Ja mit Fahrpraxis | |
| | Unwichtig | |
| | | |

| | | |
|----------------------|-------------------|--|
| PKW VORHANDEN | Ja | |
| | Nein | |
| | Schaltgetriebe | |
| | Automatikgetriebe | |

| WOHNSITUATION ALLGEMEIN | | | |
|--------------------------------|--|------------|--|
| Einfamilienhaus | | Kleinstadt | |
| Mehrfamilienhaus | | Dorf | |
| Wohnung | | Ländlich | |
| Großstadt | | Zentral | |

| | | |
|---------------------------|--------------|--|
| HAUSHALTSGELD | Ja pro Woche | |
| | nein | |
| Einkaufsmöglichkeit im km | | |

| AUSSTATTUNG DES WOHNBEREICH DER BETREUUNGSKRAFT | | | |
|--|--------------------|----------------------|--|
| Bett | | TV | |
| Tisch | | PC | |
| Kleiderschrank | | Internet | |
| Radio | | Fahrrad | |
| Eigenes Bad | | Im Dachgeschoss | |
| Eigenes Zimmer | | Im Erdgeschoss/Etage | |
| | WLAN | Vorhanden | |
| INTERNET | Über Stick möglich | | |
| | Kann gelegt werden | | |
| | Nicht vorhanden | | |
| | Nicht machbar | | |

| | | |
|-----------------|-------------------|--|
| EINKÄUFE | Zu Fuß erreichbar | |
| | Einkaufstrolley | |
| | Mit dem Fahrrad | |
| | Mit dem Auto | |
| | Mit Familie | |

ANFRAGEFORMULAR

Jeder Mensch benötigt Zeiten, in denen er sich ausruhen und auch mal „abschalten“ kann. Das „Krafttanken“ ist gerade in der Pflege und Betreuung ein wichtiger Faktor. Denn nur wer seine Kräfte regelmäßig regenerieren kann, der kann auch gut pflegen und betreuen.

| | | |
|-----------------|--|--|
| FREIZEIT | 2-3 Std am Tag Voraussetzung | |
| | Am Wochenende | |
| | Nach Absprache | |
| | Im Haus | |
| | Außerhalb | |

21. HAUSHALTSFÜHRUNG

| | | |
|---|----------------|--|
| HAUSHALTSFÜHRUNG INKL. KOCHEN, WÄSCHE, HAUSPUTZ, EINKAUFEN | Für 1 Person | |
| | Für 2 Personen | |
| | Für 3 Personen | |

| | | |
|------------------|------------------|--|
| HAUSTIERE | Nein | |
| | Ja mit versorgen | |
| | Welche | |

| | | |
|--------------------|--------------------------|------------------------------|
| ANREISEINFO | Kleinbus direkte Anreise | Flugzeug |
| | PKW direkte Anreise | Keine Abholmöglichkeit |
| | Groß Bus | Abholmöglichkeit aus..... |

ANFRAGEFORMULAR

2a

1. KUNDENDATEN (zu betreuende Person)

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------------|--|----------|---------|---------------|---|-------|---|--|---|--|---|
| VORNAME, NAME | | | | | Email | | | | | | | |
| GEBURTSDATUM | | | | GEWICHT | | | GRÖßE | | | | | |
| GESCHLECHT | männlich | | weiblich | | PFLEGEGRAD | 2 | | 3 | | 4 | | 5 |
| FAMILIE | im Haushalt | | Im Haus | | nicht vor Ort | | | | | | | |

2. KUNDENBEZOGENE DIAGNOSEN

| | | | |
|------------------------------|--|----------------------|--|
| Altersvergesslichkeit | | Allergien | |
| beginnende Demenz | | Schmerzpatient | |
| Demenz/Alzheimer | | Inkontinenz | |
| Herzinsuffizienz | | Osteoporose | |
| Hypertonie (Bluthochdruck) | | Arthrose | |
| Hypotonie | | Rheuma | |
| Herzrhythmusstörungen | | Lähmung | |
| Herzinfarkt | | Depression | |
| Reduzierter Allgemeinzustand | | Diabetes | |
| Schlaganfall | | insulinpfl. Diabetes | |
| Multiple Sklerose | | Gehschwäche | |
| Behinderungen | | Krebs | |
| Parkinson | | | |

| | |
|----------------------|--|
| WEITERE DIAGNOSEN | |
|----------------------|--|

3. PFLEGEHILFSMITTEL

| | | | |
|----------------|--|----------------------|--|
| Brille | | Duschstuhl | |
| Gehstock | | Wannenlift | |
| Krücken | | Treppenlift | |
| Hörgerät | | Lagerungshilfen | |
| Rollator | | Wechseldruckmatratze | |
| Rollstuhl | | Drehscheibe | |
| Pflegebett | | Lift | |
| Toilettenstuhl | | andere | |

| | | |
|---------------------------|------|--|
| GIBT ES HAUSNOTRUFSYSTEM? | Ja | |
| | nein | |

4. MOBILITÄT

| | | | |
|-------|--|----------------------------|--|
| mobil | | kleine Probleme beim gehen | |
|-------|--|----------------------------|--|

ANFRAGEFORMULAR

| | | | |
|-----------------------------|--|----------------------------------|--|
| benötigt Rollator | | benötigt Rollstuhl | |
| bettlägerig (ohne Lagerung) | | bettlägerig muss gelagert werden | |

| | | | | | | |
|---|------|--|---------------------|--|-----------|--|
| BENÖTIGT DIE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON HILFE BEIM TRANSFER? (z.B. in den Rollstuhl) | Ja | | Patient hilft mit | | Mit Lift | |
| | nein | | Patient hilft nicht | | Ohne Lift | |

5. SEHEINSCHRÄNKUNGEN HÖREINSCHRÄNKUNGEN

| | | | |
|--------|--|-------------|--|
| keine | | weitsichtig | |
| links | | kurzsichtig | |
| rechts | | blind | |

| | | | |
|--------|--|----------|--|
| keine | | schwer | |
| leicht | | gehörlos | |
| mittel | | | |

6.

7. BEWUSSTSEINZUSTAND

| | | | |
|------------------|--|-----------------|--|
| klar ansprechbar | | weglaufftendenz | |
| depressiv | | desorientiert | |

| | | |
|------------------------------|------|--|
| NIMMT SCHLAFFMITTEL ? | Ja | |
| | nein | |

8. RUHE UND SCHLAF

| | |
|-------------------------|--|
| Einschlafprobleme | |
| Durchschlafprobleme | |
| Veränderter Tag/Nacht | |
| desorientiert | |
| Hält gerne Mittagschlaf | |

| | | | | | | |
|--|------|--|------|--|-------------|--|
| NACHTEINSÄTZE SIND NOTWENDIG ? | Ja | | | | | |
| | nein | | | | | |
| WENN JA WIE OFT? | 1x | | 2-3x | | Mehr als 3x | |
| BENÖTIGT UNTERSTÜTZUNG VON BETREUUNGSKRAFT? | Ja | | | | | |
| | nein | | | | | |

| | |
|---|--|
| VERHALTEN IN DER NACHT BESCHREIBEN | |
|---|--|

9. HAUTZUSTAND

| | | |
|------------------|--------------|--|
| HAUT TYP | Normal | |
| | Trocken | |
| | Mischhaut | |
| | Fettige Haut | |
| DEKUBITUS | Ja | |
| | Nein | |

| | | |
|-------------------------|---------------------|--|
| HAUTERKRANKUNGEN | Akut | |
| | Chronisch | |
| | Ohne Krankheitsbild | |
| BESCHREIBEN | | |

10. DIÄT

| | | | |
|----------|--|------------------------|--|
| Vollkost | | PEG-Sonde | |
| Diabetes | | Magensonde | |
| Fettarm | | Vegetarisch | |
| Salzarm | | Spezielle Diät, welche | |

| | | |
|--------------------------|------------|--|
| ERNÄHRUNGSZUSTAND | Normal | |
| | Adipös | |
| | Abmagerung | |

| | | |
|-------------------------|------|--|
| NARUNGSALLERGIEN | Ja | |
| | nein | |

ANFRAGEFORMULAR

| | | |
|-------------------------------|-----------------------|--|
| HILFE BEI NARUNGS-AUFNAHME | Nein | |
| | Komplett unterstützen | |
| | PEG | |
| | Teilweise | |

11. AUSSCHIEDUNG

| | | | | | | |
|--|------|--|-----------------|--|--------|--|
| IST DIE HILFSBEDÜRFTIGE PERSON INKONTINENT ? | Ja | | Stuhl | | Stoma | |
| | Nein | | urinflasche | | Andere | |
| | Urin | | Blasen-katheter | | | |

| | | |
|-----------------------|----------------------|--|
| INKONTINENZVERSORGUNG | Vorlagen | |
| | Windeln | |
| | Anderes Inkomaterial | |

| | | |
|---------------------------------------|------------------------|--|
| WECHSELN VON VORLAGEN, WINDELN USW | Selbständig | |
| | Durch Betreuungsperson | |

12. BENÖTIGTE HILFE BEI DER KÖRPERPFLEGE UND ANDERE TÄTIGKEITEN

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--|------------------------------|-----------------|--|
| GESICHT | Selbständig | | MUNDPFLEGE | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| ANKLEIDEN/ AUSKLEIDEN | Selbständig | | AUFSTEHEN/BETT GEHEN | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| DUSCHEN/BADEN | Selbständig | | INTIMPFLEGE | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| TOILETTENSTUHL | Selbständig | | MEDIKAMENTEN | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| TOILETTENGANG | Selbständig | | HAARE WASCHEN | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |
| URINFLASCHE | Selbständig | | EINLAGEN/WINDELN WECHSELN | Selbständig | |
| | Unter Anleitung | | | Unter Anleitung | |
| | Komplett | | | Komplett | |

| | | |
|---------------|----------------------------|--|
| BADEN/DUSCHEN | Morgens/Abends | |
| | Abends | |
| | Übernimmt der Pflegedienst | |
| | An bestimmten Tagen | |

| | |
|--|--|
| GEWÖNHETEN, PROBLEME BEI DER DURCHFÜHRUNG DER KÖRPERPFLEGE | |
|--|--|

13. TAGESSTRUKTUR

| | |
|------------|--|
| VORMITTAGS | |
|------------|--|

ANFRAGEFORMULAR

| | |
|---------|--|
| MITTAGS | |
| ABENDS | |

14. HOBBYS, GEWOHNHEITEN, PSYCHOSOZIALE HINWEISE, VORLIEBEN

| | |
|------------------------------------|--|
| HINWEISE FÜR DIE PFLEGEKRAFT | |
|------------------------------------|--|