

IHRE PFLEGEVERMITTLUNG

IHR PERSÖNLICHER FRAGEBOGEN ZUR BEDARFSERMITTLUNG.

Bitte füllen Sie den Fragebogen so ausführlich wie möglich aus und senden uns diesen per E-Mail oder Post an uns zurück. Wir bemühen uns sehr, eine richtige Betreuungskraft für Sie zu finden.

Per Post: Pflege24, Kopenhagener Str. 15 a, 49377 Vechta, E-Mail: info@pflege-24.org

Kontaktdaten des zu Pflegenden		
Name des zu Pflegenden		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefon Festnetz		
Größe		Gewicht
Wohnt der zu Pflegende allein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, zusammen mit

Pflegegrad					
Aktueller Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Beantragter Pflegegrad		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Pflegedienst

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, soll der Pflegedienst weiterhin kommen?	<input type="checkbox"/> ja
Wie oft täglich?	
Tätigkeiten des Pflegedienstes?	

Gesundheitszustand / Diagnosen

<input type="checkbox"/> Altersvergesslichkeit <input type="checkbox"/> beginnende Demenz <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) <input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck)
<input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Gehschwäche <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Lähmung:	<input type="checkbox"/> altersbedingt reduzierter Allgemeinzustand:
<input type="checkbox"/> Krebs:	<input type="checkbox"/> Schlaganfall:
<input type="checkbox"/> Aktuelle Therapien:	
<input type="checkbox"/> Aktuelle Medikation:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Kommunikation

Sprechen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise
Hören	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise
Sehen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät

Orientierung

Zeitlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise
Örtlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise
Persönlich	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zeitweise

Mobilität und Selbstständigkeit

Gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Urinflasche	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung

Toilette

Urinkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> nachts inkontinent
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> nachts inkontinent
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Windelhöschen
	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl

Schlafen

Einschlafen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise gut
Durchschlafen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise gut
Nächtliches Aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2/ Nacht
Hilfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Schlafmedikation
Sonstiges		

Pflegehilfsmittel

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock
<input type="checkbox"/> Wannenaufzug	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Dekubitus Matratze	<input type="checkbox"/> Patientenlifter	<input type="checkbox"/> Drehscheibe

Körperpflege

Gesicht	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Mundpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Oberkörper	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Intimpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Haare kämmen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Haare waschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Rasieren	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung

Baden und Duschen

Baden und Duschen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich

Essen und Trinken

Essen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Kau-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Störungen
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> adipös (+)
Diät		
Lebensmittelunverträglichkeiten		
(Sonstiges)		

Beschreibung des Charakters	
Eigenschaften	
Freizeitgestaltung	
Lieblingsgericht	
Vorlieben	
Sonstiges	

Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen		
Lage	<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus
Wohnfläche	qm: _____	
Supermarkt (zu Fuß)	<input type="checkbox"/> 10 Min	<input type="checkbox"/> 20 Min
Werden größere Einkäufe von der Familie übernommen?	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstiges		

Ausstattung des Zimmers

Bad	<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Mitbenutzung
Möbel	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch
Medien	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> TV
Sonstiges		

Vertrag

Vertragspartner	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	
Vertragsbeginn	(bitte gewünschtes Startdatum angeben)	

Anforderungen an die Betreuungskraft

Ihre Betreuungskraft		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
Alter	<input type="checkbox"/> 20 – 30 Jahre	<input type="checkbox"/> 30 – 50 Jahre
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Befriedigend (A.1/A.2)	<input type="checkbox"/> Gut (B.1)
Rauchen	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Raucher; nur draußen
Führerschein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nachteinsätze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wechsel	<input type="checkbox"/> alle 4 Wochen	<input type="checkbox"/> 4-8 Wochen
Zweite Person im Haushalt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne Pflegebedarf
Dauer	<input type="checkbox"/> bis 2 Monate	<input type="checkbox"/> 3-6 Monate
Anreise	<input type="checkbox"/> Linienbus/Bahnhof	<input type="checkbox"/> Minibus/Haustür
Sonstiges		

Haushalt		
Hauttiere	<input type="checkbox"/> ja:	
Versorgung d. Tiere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Kochen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Putzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Begleitung Arztbesuch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Gartenarbeit	<input type="checkbox"/> ja, freiwillig:	
Sonstiges		

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

Pflegerisches Netzwerk – Wer wohnt in der Nähe? / Gibt es Hilfskräfte im Haushalt?

Angaben zur Mobilität des Seniors / der Seniorin:

Beschreibung der Demenz des Seniors / der Seniorin, falls diese Erkrankung allgegenwärtig ist:

Einwilligungserklärung für den Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit zum Zweck der Vermittlung und Anbahnung eines Dienstleistungsvertrages eines ausländischen Leistungserbringungsunternehmens zum Einsatz einer ausländischen Betreuungsperson erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die ich in diesen Erhebungsbogen eingetragen habe, einschließlich der Daten über meine Gesundheit an Kooperationspartner mit Sitz in Osteuropa, die sich der Einhaltung der EU-DSGVO verpflichtet haben, weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zum Zweck der Anbahnung und Erfüllung eines Dienstleistungsvertrages verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Daten der europäischen Datenschutzverordnung EU-DSGVO unterliegen. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, allerdings mit der Folge, dass der Vermittler in dem Fall nicht für mich tätig werden kann und somit die Vermittlung eines Dienstleistungsvertrages nicht möglich ist. Zudem wurde ich auf mein Recht hingewiesen, dass meine Daten geändert, korrigiert, gesperrt, gelöscht oder eingeschränkt verarbeitet werden können, sofern keine gesetzlichen Regelungen, wie die Aufbewahrungspflicht, dem widersprechen. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Datentransfer. Ferner habe ich das Recht, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

Meine Widerrufserklärung kann ich jederzeit an folgende E-Mail-Adresse richten: info@pflege-24.org

Sofern ich Daten in diesen Erhebungsbogen eintrage, die nicht allein meine Person betreffen, versichere ich hiermit, dass ich von dieser Person bzw. deren gesetzlichen Vertreter zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung bevollmächtigt bin.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen sowie auftretende Änderungen, insbesondere über Veränderungen des Gesundheitszustandes, unverzüglich an den Vermittler zu melden sind. Diese Angaben werden streng vertraulich und nur zum Zwecke der Vermittlung und der daraus resultierenden Betreuung verwendet.

Datum: _____ Unterschrift: _____