

Anforderungsbogen

Angaben zum Auftraggeber (Kontaktperson)

Name:

Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Angaben zur betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Geschlecht **männlich** **weiblich**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Wohnsituation

Wohnung 1 Familienhaus Mehrfamilienhaus

Wohnen Verwandte mit im Haus? ja nein

Wohnt die zu betreuende Person alleine im Haushalt? ja nein

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? ja nein

Falls „ja“ – wie viele?

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes

Angaben zur Pflegestufe

beantragt aktuell

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ist ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wird der Pflegedienst weiterhin benötigt? ja nein

Angaben zum Nachtrhythmus

Leidet die/der zu Betreuende an Schlafstörungen? ja nein

Einschlafen: gut teilweise schlecht

Durchschlafen: gut teilweise schlecht

Schlafmittel: ja nein

Einsätze in der Nacht 0 1 - 2 3 – 4 > 4

Anforderungsbogen

Angaben zu Krankheiten

Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten? ja nein

Falls „ja“ welche?

Krankheitsbilder:

<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parkinson	
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Demenz	Demenzgrad: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer	

Sonstige Krankheiten

Angaben zur Pflegeanamnese / Kommunikation

Sprache: gut mäßig massive Probleme

Hörvermögen: gut mäßig massive Probleme

Sehkraft: gut mäßig massive Probleme

Hilfsmittel

Hörgerät: ja nein

Brille: ja nein

Orientierung

Zeitlich: gut zeitweise massive Probleme

Örtlich: gut zeitweise massive Probleme

Persönlich: gut zeitweise massive Probleme

Bewegung

selbstständig mit Unterstützung überwiegend im Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Transfer Bett/Rollstuhl

selbstständig hilft mit komplett Hilfsbedürftig bettlägerig/kein Transfer

Hilfsmittel:

Pflegebett Lift Dekubitus Matratze Rollstuhl Rollator

Baden/Duschen

selbstständig braucht Hilfe vollständig Hilfsbedürftig

Hilfsmittel: Badewannenlift Toilettensstuhl

Weitere Hilfsmittel:

Anforderungsbogen

Körperpflege

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständige 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"/>

Urinkontrolle

kontinent teilweise inkontinent (nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

Stuhlkontrolle

kontinent teilweise inkontinent (nachts) inkontinent

Hilfsmittel:

An-/Auskleiden

selbstständig mit Unterstützung vollständig Hilfsbedürftig

Essen/Trinken

selbstständig mit Unterstützung vollständig Hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen

keine Störungen PEG Sonde
 Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät

keine ja, welche:

Angaben zur Behandlung/Therapie

Ergotherapie: ja nein

Musiktherapie: ja nein

Beschäftigungstherapie: ja nein

Logopädie: ja nein

Krankengymnastik: ja nein

Sonstige:

Anforderungsbogen

Anforderungen an die Betreuungskräfte / Geschlecht

 irrelevant Mann Frau

Alter

 irrelevant 20 -35 35 -55 > 55

Sprachkenntnisse (Skala von 1/kaum bis 9/gut)

 1 - 3 (einfach) 4 – 6 (kommunikativ) 7 – 9 (gut)

Führerschein

 ja nein

Welche Erwartungen stellen Sie an unsere Mitarbeiter/innen?

.....

.....

.....

Rahmenbedingungen / Lage

 Großstadt/zentral Großstadt/Abgelegen Kleinstadt Dorf ländlich

Einkaufsmöglichkeiten (Fußweg)

 ca. 10 min ca. 20 min ca. 40 min ca. 1 Stunde > 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers

 Bett Tisch Schrank eigenes Bad TV Radio Internetzugang Telefonflat Polen

Freizeitausgleich für die Betreuungskräfte (min. 2 h / Tag) soll wie erfolgen?

.....

.....

Anforderungsbogen

Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Welche weitere Hilfe benötigt die zu betreuende Person im Haushalt?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Auftraggeber

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Auftragnehmer

Anforderungsbogen

Tagesablauf

Morgens

wecken um: Uhr

ausschlafen lassen

.....
.....
.....

Vormittags

.....
.....
.....
.....

Mittags

.....
.....
.....
.....

Nachmittags

.....
.....
.....
.....

Abends

.....
.....
.....
.....
.....

Nachts

.....
.....
.....