

Pflegegrad

Person 1:

2 3 4 5 Härtefall

Person 2:

2 3 4 5 Härtefall

Bewegung:

Gut

Eingeschränkt

Schlecht

Stehen

Gehen

Treppensteigen

Beschreiben Sie bitte wie sich der Patient bewegt:

Muss Person 1 angehoben werden?

ja nein

Patient benötigt eine Hand.

Patient benötigt Transfer, hilft aber aktiv mit, Aufwand leicht.

Patient benötigt Transfer, hilft ein wenig mit, Aufwand mittelschwer. (Fachkenntnisse nötig)

Patient benötigt Transfer, hilft nicht mit, Aufwand schwer (Transfer Fachkenntnisse nötig)

Patient nur mit Patentenlift möglich (Transfer Fachkenntnisse nötig)

Hinweis:

Muss Person 2 angehoben werden?

ja nein

Patient benötigt eine Hand.

Patient benötigt Transfer, hilft aber aktiv mit, Aufwand leicht.

Patient benötigt Transfer, hilft ein wenig mit, Aufwand mittelschwer. (Fachkenntnisse nötig)

Patient benötigt Transfer, hilft nicht mit, Aufwand schwer (Transfer Fachkenntnisse nötig)

Patient nur mit Patentenlift möglich (Transfer Fachkenntnisse nötig)

Hinweis:

Hilfsmittel:

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aufstehlift | <input type="checkbox"/> Nachstuhl | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Treppenlift |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlift | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Aufzug im Haus | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Ein- und Durchschlafen**Person 1****Person 2**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Bekommt Schlafmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaf-wach-Rhythmus gestört | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patient steht alleine in der Nacht auf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie oft steht der Patient in der Nacht auf und Warum?

- | Kleidung: | Selbst | Hilft gut mit | Hilft gut mit/kaum mit | ggf.Hinweise: |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Ankleiden: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Auskleiden: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Allgemeine Fragen zur aktuelle Situation:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die zu betreuende Person bettlägerig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Muss die zu betreuende Person gelagert werden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wird die zu betreuende Person im Bett gewaschen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidet die zu betreuende Person an Schlafstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Muss die zu betreuende Person in der Nacht überwacht werden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden im Haushalt lebende Personen an ansteckende Krankheiten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Falls Sie etwas mit Ja beantwortet haben, bitte genau beschreiben:

Körperpflege:

	Selbst	hilft mit	hilft nicht mit/kaum mit
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine und Gesäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß / Handnagel kürzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urin – Stuhlgangkontrolle und Hilfsmittel:

Urinkontinenz:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein
Stuhlkontinenz:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Nein

Hilfsmittel

Vorlagen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Windeln	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Urinfalsche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Essen und Trinken

Person 1

Person 2

Selbständig

Mit Hilfe

PEG Sonde

Schlucken Probleme

Diät

Info zum Essen und trinken:

Aktuelle Therapie

Krankengymnastik

Logopädie

Ergotherapie

Erfolgt zur Zeit Versorgung durch Pflegedienst?

Person 1

Person 2

ja

nein

mal täglich

mal wöchentlich

Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?

ja

nein

Welche Krankheitsbilder sind bekannt (z.B. Schlaganfall, Parkinson Demenz)?

Altersbedingte Gehschwäche

Asthma

Beginnende Demenz

Diabetes

Schlaganfall Re/Li

Fortgeschr. Demenz

Allergie

Depression

Alzheimer

Dekubitus

Diabetes

Durchfälle chronisch

Herzinfarkt

Herzinsuffizienz

Herzrhythmusstörungen

Hypertonie

Inkontinenz

Krebserkrankung

Multiples Sklerose

Osteoporose

Parkinson

Rheuma Stoma

Tracheostoma

Ansteckende Krankheit

Sonstiges Info

Kommunikation:**Gut****Eingeschränkt****Schlecht**Sprache Hören Sehen

Hilfsmittel:

Orientierung:**Gut****Eingeschränkt****Schlecht**Ort Zeit Personen

Info:

Bei Demenz:

- Aggressivität _____
- Angstzustände _____
- Gestörter Tag / Nacht Rhythmus _____
- Weglauftendenz _____
- Patient braucht eine direkte Ansprache _____
- Apathie _____
- Starke Unruhe _____
- Angstzustände _____
- Patient will in Ruhe gelassen werden _____

Wer wohnt mit im Haushalt: Angehörige Verwandte Lebenspartner**Kommen zu Besuch:** täglich wöchentlich monatlich**Soll auch für die im Haushalt lebende Person/en hauswirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden?** nein

Wenn ja, welche:

Aufgaben der Betreuungskraft: kochen bügeln Wohnung putzen einkaufen spazieren gehen Arztbesuche

- Wäsche waschen Ausflüge machen Pflanzen gießen
 Auto fahren Haustiere versorgen Gartenpflege

Wie ist der Patient von Wesen und Charakter?

Person 1

Person 2

Hobbies und Interessen :

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

- Eigenes Zimmer Internetanschluss Festnetz Eigenes Bad
 Bett TV Tisch Schrank
 Radio Sonstiges Info _____

Einkaufsmöglichkeiten :

- ca. 10 Min. ca. 20 Min. ca. 30 Min. von der Familie erledigt

Freizeitausgleich des Pflegepersonals: Es ist sehr wichtig, dass die Betreuungskraft ausruhen und abschalten kann. Denn nur wer gut ausgeruht ist, kann auf Dauer gut pflegen und betreuen und kommt ggf wieder.

- 2 halbe Tage in der Woche oder
 1 freier Tag in der Woche

Angaben zur Betreuungskraft:

- Frau Mann egal
 Jünger als 50 Jahre Älter als 50 Jahre egal
 Führerschein erforderlich KFZ vorhanden

Deutschkenntnisse:

- Grundkenntnisse** - verstehen mit Schwierigkeiten, sprechen sehr wenig
 Erweiterte Grundkenntnisse - verstehen gut, sprechen nur einfache Sätze
 Gute Kenntnisse - verstehen gut, einfache Unterhaltung ist möglich
 Sehr gute Kenntnisse - Unterhaltung auf gutem Niveau möglich, fließend in Wort und Schrift

Was ist Ihnen an der Betreuung wichtig

Sonstige Angaben oder Fragen, die Sie geklärt haben möchten:

Beginn, Dauer und Abholung

Gewünschter Beginn: _____

Gewünschter Dauer: _____

Wo können Sie die Betreuungskraft abholen _____

Alle Daten, die Sie uns übermittelt haben werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Bitte senden Sie dieses Formular per Email oder per Post an die u.g. Adresse.

Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mit damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichere ich, dass die Persönlichen Daten korrekt und vollständig sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessanten Anfrage durch Sita Gold Ltd kontaktiert zu werden.

Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen.

Der Widerspruch ist per Email oder an Sita Gold Ltd, Bulgarien, Burgas, Debelt 70 Str. zu richten

Ort , Datum _____

Unterschrift des Kunde/ des Bevollmächtigten _____