

Kontaktperson		
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ		
Ort		
Straße		
Email für Kontaktaufnahme		
Telefonnummer mit Vorwahl		
Handy		
Verwandschaftsgrad zwischen dem Patienten und der Kontaktperson		
Einsatzbeginn		
Vorausgesehene Einsatzdauer		
Wer soll Vertragspartner werden	<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> der Patient
Angaben zum Patienten		
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ (Bitte die Postleitzahl des Einsatzortes eintragen)		
Ort (Bitte den Einsatzort eintragen)		
Straße		
Telefonnummer mit Vorwahl		
Handy		

<b>Gewicht</b>				
<b>Größe</b>				
<b>Wohnt der Patient alleine?</b>				
<b>Braucht auch ein anderes Familienglied Pflegehilfe?</b>	Falls ja, füllen Sie bitte noch einen Fragebogen.			
<b>Pflegegrade</b>	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1+2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
<b>Erfolgt z.Zt. Versorgung durch Pflegedienst?</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
<b>Wie oft?</b>				
<b>Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst?</b>				
<b>Soll der Pflegedienst auch weiterhin in Anspruch genommen werden?</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
	Wir raten dazu, derzeitig eingesetzte hiesige Pflegedienste, soweit sie von Pflegeversicherungen entlohnt werden, auch weiterhin in Anspruch zu nehmen!			
<b>Gibt es eine Haushaltshilfe?</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
<b>Überwachung in der Nacht</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
<b>Wenn ja, wie sollte diese ablaufen?</b>				
<b>Nachtruhe</b>	<input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> oft erhebliche Unruhe		<input type="checkbox"/> gelegentlich gestört <input type="checkbox"/> regelmäßige nächtliche Betreuung	
<b>Gesundheitsmerkmale</b>				
<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Demenz	
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> geistig behindert	<input type="checkbox"/> MS-Patient	<input type="checkbox"/> gehbehindert
<input type="checkbox"/> Probleme mit der Speiseröhre	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Dekubitus, (Druckgeschwür)	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Stoma (Darmausgang/Urinausleitung)		
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Parkinson	
<input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten, bitte erläutern:				
<b>Probleme in der Kommunikation</b>				

<b>Sprache</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Hörvermögen</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Sehkraft</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßige	<input type="checkbox"/> massive Probleme
<b>Bewegung</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> überwiegend mit Rollstuhl		<input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> bettlägerig
<b>Die betreute Person muss angehoben werden</b>			
<b>Die betreute Person kann mithelfen</b>			
<b>Es bestehen Hilfsmittel:</b>			
<input type="checkbox"/> Hebegurt	<input type="checkbox"/> Hebesitz	<input type="checkbox"/> Patientenlift	<input type="checkbox"/> andere Hilfsmittel in der Wohnung:
<b>Wohnung, Haus , Flächen zum Sauberhalten(qm)</b>			
<input type="checkbox"/> Stadt, ca                      Einwohner/nächste größere Stadt:			
<input type="checkbox"/> Dorf, nächste größere Stadt:                      km entfernt, erreichbar mit			
<b>Haustiere, wenn ja, welche</b>			
<b>Hobbys</b>			
<b>Tagesablaufbeschreibung (Rituale, Aufstehen, Zubettgehen, Baden/Duschen, Sonstiges)</b>			
<b>Ihre Wünsche bezüglich der Betreuungskraft</b>			
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal
<b>Alter</b>	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> älter als 30	<input type="checkbox"/> älter als 40
			<input type="checkbox"/> älter als 50
	<input type="checkbox"/> irrelevant		

<b>Deutschsprachkenntnisse</b>	<input type="checkbox"/> schwach (verstehen einzelne Wörter) <input type="checkbox"/> befriedigend (sprechen nicht grammatisch) <input type="checkbox"/> gut (Unterhaltungsmöglich)								
<b>Rauchen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja aber nur draußen <input type="checkbox"/> irrelevant						
<b>Führerschein</b>	<input type="checkbox"/> wünschenswert			<input type="checkbox"/> nicht erforderlich					
<b>Arbeit im Haushalt</b>	<input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung <input type="checkbox"/> Kochen (für wie viel Personen?) <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Bügeln <input type="checkbox"/> andere (bitte auflisten)								
<b>Pflichten als Betreuerin</b>									
<b>tägliche Hilfe beim</b>	<input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Ankleiden <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Wechseln der Windeln (bei Inkontinenz) <input type="checkbox"/> aktivierende Betreuung <input type="checkbox"/> spazieren gehen: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> mit Gehhilfe</td> <td><input type="checkbox"/> im Rollstuhl</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> andere (bitte ausführen)							<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe	<input type="checkbox"/> im Rollstuhl
<input type="checkbox"/> mit Gehhilfe	<input type="checkbox"/> im Rollstuhl								
<b>Welche weitere Erwartungen stellen Sie an Betreuungskraft?</b>									
<b>Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft</b>									
<input type="checkbox"/> eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Internetzugang	<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Radio		

**Freizeit (je nach Möglichkeit und Absprache)**

- Stundenweise täglich Freizeit (minimum 2 - 3 Stunden/Tag sind Voraussetzung)
- ein freier Tag/in der Woche (freiwillig)
- ein freies Wochenende pro Monat (freiwillig)

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**