



FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus und senden Sie diesen an uns:

per Post **OWL-Pflege24.de**
Rasenweg 18
33129 Delbrück

per Mail info@owl-pflege24.de

Wir werden dann mit der Angebotserstellung beginnen und uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

1. Personendaten

Angaben zur Kontaktperson

Herr Frau

Name:

Vorname:

Strasse/Hausnr.:

PLZ/ Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beziehung zur pflegebedürftigen Person:

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Herr Frau

Name:

Vorname:

Strasse/Hausnr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

E-Mail:

Gewicht: kg

Größe:

cm Geburtsdatum:

Wohnt der Patient allein? Ja Nein

Wenn ja, Angaben zum Mitbewohner:

Name (Mitbewohner):

Vorname (Mitbewohner):

Mitbewohner Pflegebedürftig? Ja Nein



2.1. Gesundheitsmerkmale

Diagnosen & Pflegegrade

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> altersbedingte Gehschwäche | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> beginnende Demenz |
| <input type="radio"/> Demenz | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Dekubitus |
| <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Alzheimer Allergien |
| <input type="radio"/> Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Parkinson |
| <input type="radio"/> chronische Durchfälle | <input type="radio"/> Hypertonie | <input type="radio"/> Stoma |
| <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Tumor | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Inkontinenz | <input type="radio"/> Multiple Sklerose | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> sonstige: <input type="text"/> | | |

Pflegegrad: keiner Ja beantragt *Wenn ja oder beantragt, welcher:*

sonstige Probleme (1)

	keine Probleme	zeitweise Probleme	massive Probleme
Zeitliche Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örtliche Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persönliche Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situative Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegung	Treppensteigen	Transfer Bett/ Rollstuhl	
<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> selbstständig	
<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	<input type="radio"/> mit Unterstützung	
<input type="radio"/> überwiegend im Rollstuhl	<input type="radio"/> nicht möglich	<input type="radio"/> komplett hilfbedürftig	
<input type="radio"/> bettlägerig		<input type="radio"/> bettlägerig/ kein Transfer	

Hilfsmittel:
z.B. Rollstuhl, etc.



2.2. Gesundheitsmerkmale

Probleme in der Kommunikation

	keine Probleme	mäßige Probleme	massive Probleme	
Sprache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hörvermögen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sehkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Brille:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Hörgerät: <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

sonstige Probleme (2)

	kontinent	teilweise inkontinet (z.B. nachts)	inkontinent
Stuhlkontrolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinkontrolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hilfsmittel

<input type="radio"/> Schutzhose	<input type="radio"/> Vorlagen	<input type="radio"/> Urinflasche
<input type="radio"/> Katheter	<input type="radio"/> superapubischer Katheter	<input type="radio"/>

Kau- und Schluckstörungen

<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Störungen	<input type="radio"/> PEG-Sonde
<input type="radio"/> Nahrungskarenz	<input type="radio"/> Trinkkarenz	

Ein- und Durchschlafen

<input type="radio"/> keine Probleme	<input type="radio"/> sporadische Störungen	<input type="radio"/> Schlaf-wach-Rhythmus gestört
--------------------------------------	---	--

Steht der Patient jede Nacht auf?

<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> 1- 2 mal pro Nacht	<input type="radio"/> mehr als 3 mal pro Nacht
----------------------------	--	--

Bekommt der Patient Schlafmittel?: Ja Nein



3. Betreuungsumfang

Umfang

Essen & Trinken

- selbstständig
 braucht Hilfe
 komplett hilfbedürftig

An- & Auskleiden

- selbstständig
 braucht Hilfe
 komplett hilfbedürftig

Baden & Duschen

- selbstständig
 braucht Hilfe
 komplett hilfbedürftig

Hilfsmittel:

z.B. Badewannenlift, etc.

Erfolgt zur Zeit eine Vorsorgen durch einen Pflegedienst? Ja Nein

Wenn ja, wie oft täglich: Welche Tätigkeiten werden ausgeführt:

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden? Ja Nein

Muss eingekauft oder gekocht werden: Immer ab und zu Nein

Bemerkungen zum Essen:

z.B. Lieblingsspeisen, Allergien, etc.

Körperpflege

selbstständig teilweise selbstständig unter Anleitung komplett hilfbedürftig

Mund & Zahnprothese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intimbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oberkörper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesäß / Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hand & Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



4. Rahmenbedingungen

Lage und Ausstattung

Wohnlage

- Großstadt-zentral
- Großstadt-abgelegen
- Kleinstadt
- Dorf
- Ländlich

Wohnsituation

- Einfamilienhaus
- Mehrfamilienhaus
- Wohnung
- Sonstiges:

Einkaufsmöglichkeit

- ca. 10 min. zu Fuß
- ca. 20 min. zu Fuß
- ca. 40 min. zu Fuß
- 1 Stunde zu Fuß
- > 1 Stunde zu Fuß

Ausstattung des Zimmers für den/ die Mitarbeiter/In

- eigenes Bad
- Schrank
- sonstige Ausstattung:

- Bett
- Radio/ TV

- Tisch
- Internet/ WLAN

zusätzliche Aufgaben

Waschen

- immer
- ab und zu
- nie

Bügeln

- immer
- ab und zu
- nie

Begleitung beim Arzt

- immer
- ab und zu
- nie

Gibt es eine Haushaltshilfe? Ja Nein

Wenn ja, wie oft kommt diese zum Einsatz:

Benötigt der Patient
weitere Hilfe im Haushalt:

Haustiere: keine Ja

Wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden? Ja nach Bedarf Nein



5. weitere Informationen

Beginn und Dauer

Betreuungsbeginn

- umgehend
- nächster Monat
- Wunschtermin:

Dauer der Betreuung

- 4 Wochen
- 1-3 Monate
- länger als 3 Monate

Beschreibung Tagesablauf

Morgens

Mittags

Nachmittags

Abends



6. Personalanforderungen

Ihre persönlichen Anforderungen

Geschlecht

- Mann
 Frau
 keine Präferenz

Alter

- 20-30 Jahre
 30-40 Jahre
 40-50 Jahre
 älter als 50 Jahre
 keine Präferenz

Führerschein

- ja, mit Fahrpraxis
 Nein
 keine Präferenz

Sprachkenntnisse

- Sehr gute Kommunikation
 Gute Kommunikation
 Einfache Unterhaltung
 Einfache Verständigung
 Grundvokabular
 Einzelne Vokabeln

Raucher/In

- Ja
 Nein
 keine Präferenz

Woher kennen Sie uns?

- Internet
 Freunde, Familie
 Anzeigen
 Sonstige:

Welche *Erwartungen* und *Vorstellungen* haben Sie an unsere Mitarbeiter/-innen:

Haben Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen?

Wir helfen Ihnen gern weiter und stehen rund um die Uhr für Sie zur Verfügung.

Ich bestätige, das die oben angegeben Informationen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort/ Datum

Unterschrift

Dieser Fragebogen wird ein Bestandteil des Dienstleistungsvertrages. Bitte füllen Sie ihn ausführlich und vollständig aus. Der Fragebogen selbst ist selbstverständlich unverbindlich. Ihre Angaben und Informationen werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

