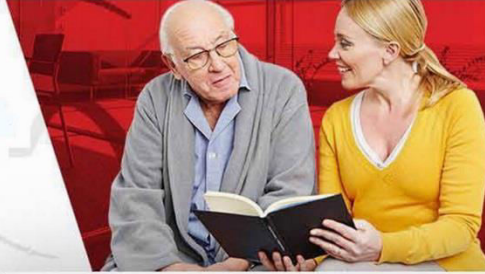


Betreuungsfragebogen

Altenpflege



Angaben zur Ansprechperson

Nachname _____
Vorname _____
PLZ, Ort, Straße _____
Telefon _____
Mobil _____
Fax _____
E-Mail _____

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Nachname _____
Vorname _____
PLZ, Ort Straße _____
Telefon _____
Geburtsdatum _____
Größe _____
Gewicht _____
Verwandtschaftsverhältnis zur Ansprechperson _____

Pflegestufe keine 1 2 3 Härtefall
 beantragt

Hausarzt

Name _____
Anschrift _____
Telefon _____

Welche Krankheiten liegen beim Betreuungsbedürftigen vor?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> nicht insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |

Chronische Durchfälle Dauerkatheter
Allergien _____
Sonstige Krankheiten _____

Sollen besondere Vorsichtsmaßnahmen bei der Pflege ergriffen werden? (Ansteckende Krankheiten, Blutungsneigung, etc.) ja nein

Kommt regelmäßig ein ambulanter Pflegedienst?

ja nein beantragt

Falls ja, wie oft? _____

Soll der Einsatz fortgeführt werden? ja nein

Welche Aufgaben werden von dem Pflegedienst übernommen?

Wie ist die Beweglichkeit der zu betreuenden Person?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kann alleine laufen | <input type="checkbox"/> bettlägerig |
| <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe laufen | <input type="checkbox"/> muss angehoben werden |
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> muss gelagert werden |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> komplett hilfsbedürftig |

Rollstuhl

Transfer vom/ins Bett

selbständig

hilft mit

nicht möglich, Waschen im Bett

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

- Badewannenlift
 Toilettenstuhl
 Pflegebett
 andere _____

Ausscheiden

Urininkontinenz ja gelegentlich nein

Stuhlinkontinenz ja gelegentlich nein

Geistiger Zustand

klar apathisch verwirrt aggressiv

Ernährung

- Selbständig
 Esshilfe/Anleitung notwendig
 künstl. Ernährung, PEG Sonde
 Schluckstörungen