


Informationsblatt Patient Pflege Zuhause

 *Betreuungsbedürftige Person*

Anrede:

Herr	<input type="checkbox"/>	Frau	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	------	--------------------------

Nachname: -----

Vorname: -----

Geburtsdatum: -----

Gewicht: -----

Größe: -----

Straße / Hausnummer: -----

PLZ / Ort: -----

Telefon (*Erreichbarkeit Pflegerinn*): -----

----- Krankheitsbild -----					
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	Demenzkrankheit:	<input type="checkbox"/>	Bettlägerigkeit:	<input type="checkbox"/>
MS-Patient:	<input type="checkbox"/>	Gehbehinderung:	<input type="checkbox"/>	Inkontinenz:	<input type="checkbox"/>
Alzheimer:	<input type="checkbox"/>	Geistige Behinderung:	<input type="checkbox"/>	Asthma:	<input type="checkbox"/>
Parkinson:	<input type="checkbox"/>	Depression:	<input type="checkbox"/>	Hypertonie:	<input type="checkbox"/>
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	Dekubitus:	<input type="checkbox"/>	Osteoporose:	<input type="checkbox"/>
Allergien:	<input type="checkbox"/>	Tumor:	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz:	<input type="checkbox"/>
Durchfälle:	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt:	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörung:	<input type="checkbox"/>

Weitere gesundheitliche Merkmale:

Bestehende Pflegestufe: -----

Pflegestufe beantragt:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Wenn Pflegestufe beantragt, welche: -----

<i>Probleme mit Sprechen:</i>	keine	<input type="checkbox"/>	wenig	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
<i>Probleme beim Hören:</i>	keine	<input type="checkbox"/>	wenig	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>
<i>Probleme beim Sehen:</i>	keine	<input type="checkbox"/>	wenig	<input type="checkbox"/>	massive	<input type="checkbox"/>

Probleme bei zeitlicher Orientierung:

keine		wenig		massive	
keine		wenig		massive	
keine		wenig		massive	

Probleme bei örtlicher Orientierung:

Probleme bei persönlicher Orientierung:

Bewegung

selbständig		mit Hilfe	
im Rollstuhl		Bettlägerig	

Treppensteigen möglich:

ja		mit Hilfe		nein	
----	--	-----------	--	------	--

Transfer Bett / Rollstuhl:

selbständig		mit Hilfe	
hilfsbedürftig		nein	

Transfer Bett / Rollstuhl Hilfsmittel:

Pflegebett		Rollator	
Lift		Rollstuhl	
Dekubitusmatraze			

An- / Auskleiden:

selbständig		mit Hilfe	
-------------	--	-----------	--

Baden:

selbständig		mit Hilfe	
-------------	--	-----------	--

Stuhlkontrolle:

kontinent		inkontinent	
-----------	--	-------------	--

Urinkontrolle:

kontinent		inkontinent	
-----------	--	-------------	--

Urinkontrolle Hilfsmittel:

Windeln		Urinflasche	
Vorlagen		Katheter	

Essen und Trinken:

selbständig		mit Hilfe	
-------------	--	-----------	--

Essen und Trinken Hilfsmittel:

Schluckstörungen		PEG Sonde	
------------------	--	-----------	--

Nahrungskarenz		Trinkkarenz	
----------------	--	-------------	--

Diät (Allergien):

Schlafstörungen:

ja		nein	
----	--	------	--

Wie oft nachts aufstehen:

nie		1 Mal	
-----	--	-------	--

2 Mal		3 Mal	
-------	--	-------	--

Schlafmittel-Einsatz:

ja		nein	
----	--	------	--

Wie ist der Patient von Wesen und Charakter?

----- Körperpflege - Bitte ankreuzen -----				
	<i>selbständig</i>	<i>teilweise selbständig</i>	<i>unter Anleitung</i>	<i>komplette Unterstützung</i>
Gesicht				
Mundpflege				
Oberkörper				
Gesäß / Beine				
Intimpflege				
Haree kämmen / waschen				
Rasieren				
Handpflege				
Fußpflege				

Leben weitere Personen im Haushalt:

ja		nein	
----	--	------	--

Auftraggeber / Familie / Kontaktperson

Anrede:

Herr		Frau	
------	--	------	--

Nachname:

Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Festnetz:

Bürotelefon:

Handy:

Fax:

E-Mail:

Leistungsort

Lage:

Großstadt	<input type="checkbox"/>	Kleinstadt	<input type="checkbox"/>
Dorf	<input type="checkbox"/>	ländlich	<input type="checkbox"/>

Nächste größere Stadt: -----

Wohnsituation:

Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>
Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/>	sonstige	<input type="checkbox"/>

Angehörige in unmittelbarer Umgebung:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Angehörige kommen zu Besuch:

Wie oft finden Besuche statt?: -----

Fläche zum Sauber halten: -----

Einkaufsmöglichkeit (zu Fuß):

unter 10 Min.	<input type="checkbox"/>	20 Minuten	<input type="checkbox"/>
40 Minuten	<input type="checkbox"/>	1 Stunde	<input type="checkbox"/>

Ausstattung des Zimmers für die Kraft:

Bett	<input type="checkbox"/>	Eigenes Bad	<input type="checkbox"/>
Tisch	<input type="checkbox"/>	Schrank	<input type="checkbox"/>
TV	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>

Sind Haustiere vorhanden:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Sollten Haustiere mitversorgt werden:

Es ist ein Garten vorhanden:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
erwünscht	<input type="checkbox"/>	unerwünscht	<input type="checkbox"/>

Leichte Mithilfe im Garten:

Ist ein Ambulanter Pflegedienst tätig:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Wie oft täglich: -----

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Soll dieser weiterhin tätig sein:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

■ *Pflegekraft / Betreuer*

Geschlecht:

weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	egal	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------

Alter:

25-30	<input type="checkbox"/>	31-45	<input type="checkbox"/>	45+	<input type="checkbox"/>	egal	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------

Sprachkenntnisse:

1(sehr gut)	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Freizeit 2 bis 3 Stunden am Tag möglich:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Ein freier Tag pro Woche:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Einsatzbeginn:

Vorgesehene Einsatzdauer:

Kräftige Person erwünscht:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Führerschein mit Fahrpraxis:

wichtig	<input type="checkbox"/>	nicht notwendig	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Referenzen, Zeugnisse:

wichtig	<input type="checkbox"/>	nicht notwendig	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Nichtraucher:

wichtig	<input type="checkbox"/>	egal	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	------	--------------------------


Weitere Tätigkeiten der Betreuungskraft:

Einkäufe:

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Aktivierende Betreuung (Hobbies und Interessen):

Sonstige Anforderungen an die Pflegekraft:

 **Tagesstruktur:**

wecken um: (Uhr) -----

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Grundsätzliches:
