

FRAGEBOGEN

Pflege zu Hause

Ansprechpartner Auftraggeber

Nachname	Vorname
Straße, PLZ, Ort	
E-Mail	
Telefon	Handy
<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> Sonstige Person

Angaben zu Pflegeperson/en

Straße, PLZ, Ort

Person 1

Nachname

Vorname

Geb. Datum

Körpergröße

Gewicht

Krankenkasse

Vers. Nummer

Pflegegrad

Medikamentengabe

nein
 morgens
 mittags
 abends

Person 2

Nachname

Vorname

Geb. Datum

Körpergröße

Gewicht

Krankenkasse

Vers. Nummer

Pflegegrad

Medikamentengabe

nein
 morgens
 mittags
 abends

Diagnosen zu Pflegeperson/en

Diagnosen	Person 1		Person 2	
Altersbedingte Gehschwäche				
Bluthochdruck				
Schlaganfall	rechts	links	rechts	links
Herzinfarkt				
Beginnende Demenz				
Volle Demenz				
Tumor				

Diagnosen	Person 1	Person 2
Parkinson		
Atemerkrankung/Asthma		
Rheuma		
Diabetes Medikamente		
Diabetes Insulinpflichtig		
Sonstige Erkrankungen		

Geistiger Zustand der Pflegeperson/en

Beschreibung	Person 1	Person 2
Klar orientiert		
Verwirrt		
Depressiv		
Aggressiv		
Wahnvorstellungen		
Leicht Dement		
Voll Dement		

Mobilität

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
Bettlägerig		
Sturzgefährdet		
Weglaufgefährdet		

Transfer Bett/Rollstuhl	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Hilfe		
volle Unterstützung		

Hilfsmittel kommen zur Anwendung	Person 1	Person 2
Rollator/Gehwagen		
Rollstuhl		
Pflegebett		
Wannenlift		
Hebelift		
Toilettenstuhl		
Sonstige Hilfsmittel		

Körperpflege

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		

An und Auskleiden

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		

Toilettengang

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		
Teilinkontinenz		
Vollinkontinenz		
Windeln/ Windelhose		
Katheter		
Stoma		

Essen und Trinken

Beschreibung	Person 1	Person 2
Selbstständig		
mit Unterstützung		
volle Unterstützung		
Schluckstörung		
PEG / Magensonde		

Schlafen

Ein- und Durchschlafen	Person 1	Person 2
Bekommt Schlafmittel		
Schlaf-Wach-Rhythmus gestört		

Aufstehen in der Nacht	Person 1	Person 2
Nein		
1 mal		
2-3 mal		
Mehr als 3 mal		

Wesen und Charakterbeschreibung der Pflegeperson/en

Beschreibung

Angaben zur Person,
kurze Beschreibung

Person 1

Person 2

Haushaltsversorgung

Kochen

Reinigung

Wäsche waschen

Bügeln

Einkaufen

Sonstige Information

Personenanzahl im Haushalt

Person/en

Wer wohnt mit im Haushalt?

Angehörige

Verwandte

Lebenspartner

Sollen auch für die im Haushalt lebende/n Person/en hauswirtschaftliche Versorgung übernommen werden?

nein

ja wenn ja, welche

Besuch kommt

täglich

wöchentlich

monatlich

Sollen Tiere mit versorgt werden?

nein

ja wenn ja, welche

Wohnsituation

Lage

Großstadt

Kleinstadt

ländlich

Immobilien-Art

Villa

Einfamilienhaus

Mehrfamilienhaus

Wohnung (Etage):

Lift

ja

nein

weitere Beschreibung

Unterbringung Betreuungskraft

Eigene Wohneinheit

eigenes Zimmer

Internetanschluss

Eigenes Bad

Fernseher

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

ca. 10 Min.

ca. 20 Min.

ca. 40 Min.

länger

Ambulanter Pflegedienst

Beschreibung	Person 1		Person 2	
	ja	nein	ja	nein
Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst?				
Wie oft (bitte Anzahl eintragen)	mal täglich		mal täglich	
	mal wöchentlich		mal wöchentlich	
Was macht der Pflegedienst	Person 1		Person 2	
Medikamentengabe?				
Pflegeleistung?				
Soll der Pflegedienst auch weiterhin kommen?	ja	nein	ja	nein

Arbeitsbedingungen/Freizeit

Tägliche Freizeit Stunden (3 Stunden täglich muss gewährleistet sein)

Zusätzlich muss Frei gegeben werden 1Tag pro Woche oder 2 halbe Tage pro Woche

Weitere Beschreibung

Anforderungen an das Pflegepersonal

Geschlecht	Frau	Mann	egal
Alter	bis 30	bis 40	über 40
Sprachkenntnisse	gut	mittel	ausreichend
Führerschein	ja	nein	
Raucher	ja	nein	egal

Sonstige Angaben oder Fragen, die Sie geklärt haben möchten:**Wie sind sie auf somedi aufmerksam geworden?**

Internet

Broschüre

Weiterempfehlung

Krankenhaus

Sonstiges

WIE GEHT ES WEITER?



SCHRITT 1: Fragebogen ausgefüllt speichern oder ausdrucken.



SCHRITT 2: Fragebogen per E-Mail senden (info@somedie.eu) oder faxen (08031 / 6149819).



SCHRITT 3: somedi bearbeitet Ihren Fragebogen und meldet sich bei Ihnen.