

Anforderungen an die Betreuungskraft:

Müssen Haustiere mit
versorgt werden? Ja Nein

Wann ja, welche?

Gartenarbeit notwendig? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sonstige Anforderungen:

Ihre Vorstellungen zur
Freizeitregelung:

Was Ihnen noch wichtig
erscheint:

Rahmenbedingungen:

Lage: Großstadt Kleinstadt Dorf

Beschreibung der Unterkunft
für die Betreuungskraft:

Beschreibung der
Einkaufsmöglichkeiten:

Angaben zur hilfsbedürftigen Person:

Herr/Frau Name/Vorname:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Wohnort:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Größe/Gewicht:

Pflegegrad. Wenn ja, welcher?

Angaben zur hilfsbedürftigen Person:

Ist ein Pflegedienst beauftragt? Ja Nein

Wird der Pflegedienst weiter
beschäftigt? Ja Nein

Welche Leistungen erbringt
der Pflegedienst?

Wohnt die pflegebedürftige
Person allein? Ja Nein

Weitere Personen im Haushalt:

Diagnosen: (Bitte kurz beschreiben z. B. starke Demenz)

Demenz:

Parkinson:

Alzheimer:

Depressionen:

altersbedingte Gehschwäche:

Osteoporose:

Rheuma:

Dekubitus:

Herzerkrankungen:

Schlaganfall:

Krebserkrankungen:

Allergien:

Sonstige Beeinträchtigungen:

Mobilität:

| | | | |
|------------------|-----------------------|-------------|-----------|
| Gehen/Spazieren: | selbstständig | mit Hilfe | |
| | meistens im Rollstuhl | bettlägerig | |
| Treppensteigen: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Toilettengänge: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Zu Bett gehen: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |

Mobilität:

| | | | |
|---------------------|---------------|-----------|-----------|
| An- und Auskleiden: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Rollator: | Ja | Nein | |
| Rollstuhl: | Ja | Nein | |
| Lift: | Ja | Nein | |
| Pflegebett: | Ja | Nein | |
| Dekubitusmatratze: | Ja | Nein | |

Kommunikationsfähigkeit:

| | | |
|--------------------------------|----|------|
| Erkennen von Personen: | Ja | Nein |
| Zeitorientierung: | Ja | Nein |
| Raumorientierung: | Ja | Nein |
| Sprache: | Ja | Nein |
| Sehkraft: | Ja | Nein |
| Hörvermögen: | Ja | Nein |
| Schlafprobleme: | Ja | Nein |
| Hilfsmittel (wenn ja, welche?) | | |

Körperpflege:

| | | | |
|-----------------------|---------------|-----------|-----------|
| Baden/Duschen: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Gesicht: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Mundpflege: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Handpflege: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Rasieren: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Haare waschen/kämmen: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Oberkörper: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Intimbereich: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Unterkörper: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |
| Fußpflege: | selbstständig | mit Hilfe | unmöglich |

Nahrungsaufnahme:

| | | |
|----------|---------------|-----------|
| Essen: | selbstständig | mit Hilfe |
| Trinken: | selbstständig | mit Hilfe |

Urin- und Stuhlkontrolle:

| | | | |
|-----------------|-----------|---------------------|-------------|
| Urinkontrolle: | kontinent | teilweise kontinent | inkontinent |
| Stuhlkontrolle: | kontinent | teilweise kontinent | inkontinent |

Urin- und Stuhlkontrolle:

| | | | |
|--------------------------|-----------|---------------------|-------------|
| Windeln: | kontinent | teilweise kontinent | inkontinent |
| Vorlagen: | kontinent | teilweise kontinent | inkontinent |
| Katheter: | Ja | Nein | |
| Suprapubischer Katheter: | Ja | Nein | |
| Bettpfanne: | Ja | Nein | |
| Urinflasche: | Ja | Nein | |

Sonstiges:

Wesen und Charakter der
hilfsbedürftigen Person:

Tagesabläufe:

Hobbys:

Gewohnheiten:

Aktuelle Therapien:

Was Ihnen noch
wichtig erscheint:

Wie sind Sie auf uns
aufmerksam geworden?