



Fragebogen

Dieser Fragebogen ist **unverbindlich** und **kostenlos**. Sie gehen durch das Ausfüllen dieses Fragebogens **keinen** verbindlichen Vertrag ein und es kommt zu keinen Kosten. Je vollständiger der Fragebogen ausgefüllt wird, desto besser können wir geeignete Pflegekräfte für Sie ermitteln und Ihnen ein individuelles Angebot erstellen. Senden Sie uns diesen Fragebogen bitte entweder per E-Mail oder per Post.

Angaben zur Kontaktperson (Auftraggeber)

Name, Vorname	
Straße/Hausnummer	
Ort/PLZ	
Telefon	
Handy	
Fax:	
E-Mail	
Verhältnis zum Patienten	

Wer sollte Vertragspartner sein?

Auftraggeber

Leistungsempfänger



An wen soll die Rechnung geschickt werden?

Auftraggeber

Leistungsempfänger

Angaben zur betreuungsbedürftigen Person

Ehepaar

Frau

Mann

Name, Vorname	
Straße/Hausnummer	
Ort/PLZ	
Telefon	
Handy	
Alter	
Größe	
Gewicht	
Wohnt der Patient alleine?	

Pflegegrad

Keinen

Wenn ja, welche? 1. 2. 3. 4. 5.



Beantragt

nein

1.

2.

3.

4.

5.



Diagnosen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tumor |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Diabetes insulinpfl. | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |
-
-

Pflegedienst

Erfolgt zurzeit eine Versorgung durch einen Pflegedienst? Ja Nein

Wie oft kommt der Pflegedienst? _____

Welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst?

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden? Ja Nein

Probleme mit der Kommunikation

- | | | | |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Sprache | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |
| Hörvermögen | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> mäßige | <input type="checkbox"/> massive Probleme |



Sehkraft keine mäßige massive Probleme

Probleme mit der Orientierung

Zeitlich keine zeitweise massive Probleme
Örtlich keine zeitweise massive Probleme
Persönlich keine zeitweise massive Probleme

Bewegung:

selbstständig mit Unterstützung Rollstuhl bettlägerig

Hilfsmittel:

Treppensteigen:

selbstständig mit Unterstützung nicht möglich

Transfer Bett/Rollstuhl

selbstständig mit Hilfe komplett hilfsbedürftig
 bettlägerig/kein Transfer

Baden/Duschen

selbstständig mit Hilfe vollständig hilfsbedürftig



Körperpflege

	selbstständig	teilweise selbstständig	unter Anleitung	vollständige Unterstützung
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege/Zahnproteste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesäß/Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen/waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinkontrolle

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontinent

Hilfsmittel? Windeln Katheter Vorlagen Bettpfanne
 Urinflasche suprapubischer Katheter



Stuhlkontrolle

kontinent teilweise inkontinent (z.B. nachts) inkontent

Hilfsmittel:

An-/Auskleiden:

selbständig benötigt Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Essen/Trinken:

selbstständig benötigt Hilfe vollständig hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen

ja nein

Diät

keine falls, ja welche:

Ein- /Durchschlafen

keine Probleme sporadische Störungen Schlaf-Wach-
Rhythmus gestört



Wie oft steht der Patient jede Nacht auf?

1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Bekommt Schlafmittel: ja nein

Ist eine nächtliche Überwachung erforderlich? ja nein

Aktuelle Therapien:

keine Krankengymnastik Logopädie

sonstige:

Welche Hobbys hat der Patient?

Wie ist der Patient vom Wesen und Charakter? (kurze Beschreibung)





Wohnsituation

- Großstadt zentral Großstadt abgelegen Kleinstadt Dorf
 ländlich

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung
 Sonstige:

Haushaltsfläche: _____ m^2

Gartenfläche: _____ m^2

Angehörige:

- wohnen im selben Haushalt wohnen in der Nähe wohnen weit entfernt

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß)

- ca. 10 Min. ca. 30 Min ca. 1 Stunde mehr:
-

Haustiere

- keine wenn ja, welche:

Sollen die Haustiere mitversorgt werden: ja nach Bedarf nein



Ausstattung des Zimmers für die Pflegekraft

- eigenes Zimmer eigenes Bad Bett Tisch Schrank
 Radio TV Computer Internetzugang Telefon
 Festnetz mit Auslandstarif

Bemerkungen:

Anforderungen an die Pflegekraft

Geschlecht:

- Frau Mann irrelevant

Alter (in Jahren)

- 20-30 30-40 40-50 älter als 50 irrelevant

Führerschein

- erforderliche nicht erforderlich wäre von Vorteil

Pflegeerfahrung:

- erforderlich nicht erforderlich wäre von Vorteil



Nichtraucher:

ja nein

Sprachkenntnisse

- sehr gute (spricht problemlos. Keine Probleme beim verstehen)
- gut (spricht gerne und hat einen erweiterten Wortschatz. Informationen können ohne Probleme ausgetauscht werden)
- befriedigend (geringe Probleme mit dem Sprechen. Keine Angst vor der Kommunikation)
- ausreichend (einfache Informationen können ausgetauscht werden)
- schwach (Probleme mit dem Sprechen und der Kommunikation in der deutschen Sprache)

Tätigkeiten der Pflegekraft

Einkäufe/Kochen/Essensvorbereitung:

immer gelegentlich nein

Waschen:

immer gelegentlich nein

Bügeln:

immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

immer gelegentlich nein



Gartenpflege:

immer gelegentlich nein

Begleitung bei Arztbesuchen:

immer gelegentlich nein

Welche sonstigen Tätigkeiten sollen ausgeführt werden?

Freizeitregelungen:

2 Stunden pro Tag ½ Tag pro Woche ein Wochenende pro Woche
 nach Absprache



„Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.“

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Apolios Homecare GbR
Vertreten durch Geisinger, Bechtel
Berliner Promenade 3, 66111 Saarbrücken