

Betreuungsfragebogen

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 bei der betreuungsbedürftigen Person vor?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> nicht insulinpflichtig | <input type="checkbox"/> chronische Durchfälle |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Tumor | |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

Allergien:

Sonstige Krankheiten:

Sollen besondere Vorsichtsmaßnahmen bei der Pflege ergriffen werden?
(Ansteckende Krankheiten, Blutungsneigungen, ect.).

- Ja Nein

Wenn Ja, welche:

Wird ein ambulanter Pflegedienst regelmäßig beauftragt?

- Ja Nein Beantragt

Wenn Ja, wie oft?:

Soll der Einsatz fortgeführt werden?

- Ja Nein

Welche Aufgaben werden vom 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 |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | |

Transfer vom / ins Bett

- selbstständig 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

- selbstständig
 Eshilfe/Anleitung notwendig
 künstl. Ernährung, PEG Sonde
 Schluckstörungen