

# Patienten-Fragebogen



Telefon: +49-89-72458305

**Titel**

**Kontaktperson Name \***

Vorname

Nachname

**Telefonnummer \***

**Mobil -Tel**

Vorwahl

Telefonnummer

Vorwahl

Telefonnummer

**E-Mail \***

**Adresse von Kontaktperson \***

Straße

Stadt \*

Postleitzahl

Land

**In welcher Beziehung stehen Sie zu der betreuungsbedürftigen Person?**

# Zu betreuende Person

**Betreuungsbeginn**

**Titel**

**Patientenname \***

Tag    Monat    Jahr

Vorname

Nachname

**Adresse zu betreuende Person \***

**Geburtsdatum \***

Straße und Hausnummer

Stadt

Land

Postleitzahl

**Mobil**

**Telefonnummer zu betreuende Person**

Vorwahl

Telefonnummer

Vorwahl

Telefonnummer

**E-Mail**

beispiel@beispiel.de

**Größe**

**Gewicht**

**Raucht die pflegebedürftige Person?**

Ja

Nein

Gelegentlich

**Wie oft kommen Sie zu Besuch?**

Täglich

Alle zwei Tage

Wöchentlich

Alle zwei Wochen

Monatlich

Nach Absprache

**Wie weit wohnen Sie von der pflegebedürftigen Person entfernt?**

weniger als 50 km

mehr als 50km

mehr als 150 km

**Werden Sie die Betreuungskraft auf jeden Fall an einem oder mehreren Feiertagen benötigen?**

- Karfreitag bis Ostermontag,
- Weihnachten vom 24.12.-26.12.,
- Neujahr 31.12./01.01.
- Sonstige

**Befindet sich die zu betreuende Person momentan in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung?**

- Ja
- Nein

**Wie beurteilen Sie derzeit den gesundheitlichen Zustand der zu betreuenden Person?**

**Lebt die zu betreuende Person allein oder mit weiteren Personen zusammen?**

- Allein
- Ehepaar
- Tochter/Sohn
  
- Schwester/Bruder
- Enkelkinder
- Generationshaus
- Sonstige

Sollte eine weitere Person auch Grundpflege benötigen, bitte einen zweiten Patientenfragebogen ausfüllen

**Pflegegrad Deutschland (PG):**

**Bemerkung zu Pflegegrade / Pflegestufen**

Hier können Sie weitere Informationen oder Anmerkungen zu den Pflegegraden oder Pflegestufen hinzufügen

<b>Pflegegrad</b>	<b>Kommt ein ambulanter Pflegedienst?</b>	<b>Hier können weitere Informationen mitgeteilt werden</b>
1		
2		
3	Ja	
4	Nein	
5		
Kein Pflegegrad		

## Diagnosen

Alzheimer	Arthrose	Atemprobleme	COPD
Chronischer Durchfall	Anfang der Demenz	Mittlere Demenz	Fortgeschrittene Demenz
Diabetis Typ1	Diabetis Typ 2	Dialyse	Fraktur nach Sturz
Herz-/Kreislauf	Herzinfarkt	Hypotonie	Inkontinenz beginnend
Inkontinenz Urin	Inkontinenz Stuhl	Krebs	Mobilitätsprobleme
Multiple Sklerose	Osteoporose	Parkinson	
Rheuma	Sauerstoffversorgung	Schlaganfall	Schwerhörigkeit
Sehprobleme- Blind	Brille	Hörvermögen mit Gerät	Sprachprobleme
Orientierungslosigkeit	Prothese	Ansteckende Krankheiten	Peg-Sonde
Katheter			

## Psychische Erkrankungen

Depression	Angststörungen	Psychose	Verbale Aggression
Physische Aggression	Tendenz zum Weglaufen	Sozial auffälliges Verhalten	Widerstand gegen Betreuung

## Art der Betreuung

Grundpflege	Transfer mit Patientenlift	Körperhygiene	Vollständig bettlägrig
Waschen des Körpers	Lagerungen eigenständig	inkl. Intimbereich	WC Gang mit Hilfe
An/Auskleiden	Einlagen/Pants/Windeln	Hebetechnik	Katheterbeutel wechseln
kann mithelfen		ohne Hilfe	Zahnprothese
komplett umsetzen	Mundhygiene	steht noch mit Hilfe	Sonstiges
Mobilisierung	Unterhalten	Spazieren gehen	

## Bemerkung

**Pflegebedarf bei Nacht:**

Schläft durch  
Gelegentlich unruhig  
Angstzustände  
WC-Gang  
Windel wechseln  
Trinken  
Sonstiges

**Therapien**

Logopädie  
Ergotherapie  
Physiotherapie  
Sonstige

**Nahrungsaufnahme**

Selbstständig mit Unterstützung muss vorgeschnitten werden  
Kau/Schluckprobleme  
Nahrung pürieren  
Füttern erforderlich  
Spezielle Diät

Trinkunterstützung  
Schnabeltasse  
Peg-Sonde  
Vegetarische Ernährung  
gemeinsame Zubereitung  
vollständige Zubereitung  
Sonstiges

**Hilfsmittel**

Stock  
Treppenlift  
Hebehilfe  
Duschstuhl  
Teil-Zahnprothese

Krücken  
Pflegebett  
Patientenlift  
WC Stuhl  
Vollprothese

Rollator  
Anti-Dekubitus-Matratze  
Bettrutsche  
Urinflasche  
Orthesen

Rollstuhl  
Lagerungshilfe  
Wannenlift  
Katheter  
Sonstiges

**Art der Unterkunft der Betreuungskraft (BK)**

Wohnung  
Garten  
Eigene Wohnung  
Wlan in Vorbereitung

Balkon  
Eigenes Zimmer  
Einzelbett  
Sim Karte

Haus  
Eigene Küche  
Doppelbett  
Hot-Spot

Terrasse  
Eigenes Bad  
Wlan vorhanden  
Sonstiges:

**In welchem Stockwerk lebt die zu betreuende Person?****Lift vorhanden****Freizeitregelung****Wohnort**

Stadt  
Kleinstadt  
Dorf  
ländlich  
Bauernhof  
Sonstiges

## Haushaltsaufgaben sollen übernommen werden

## Bemerkung:

Einkaufen komplett  
Einkaufen abstimmen  
Gesamtes Haus putzen was benutzt wird  
Küche  
Bad  
Schlafzimmer  
Wohnzimmer  
Zimmer der Betreuungskraft  
Wäsche waschen  
Bügeln  
Fenster putzen  
Reinigungshilfe kommt regelmäßig

## Bemerkung

## Haustiere

Hunde  
Katze  
Vögel  
Fische

# Anforderungen und Aufgaben für die Betreuungskraft:

## Welche Aktivitäten sollte die Betreuungskraft mit der pflegebedürftigen Person vornehmen?

Spazieren gehen  
Ausflüge  
Arztbesuche  
Spielen  
Fernsehen  
Kirchenbesuche  
keine  
Kochkenntnisse  
Einfache Kochkenntnisse  
Gute Kochkenntnisse  
Backen  
Diat  
Schonkost  
Vegan  
Vegetarisch

## Rauchgewohnheiten

Nicht rauchen  
draußen rauchen akzeptiert  
E-Zigarette

## Soll die Betreuungskraft Fahrrad fahren können

Ja  
Nein

## Die Betreuungskraft sollte:

Weiblich bevorzugt  
Männlich bevorzugt

## Alter

ca 20-30 Jahre  
ca 30-55 Jahre  
ca 56-65 Jahre

## Führerschein

Ja  
Nein

## Sprachkenntnisse

wenig Deutsch  
mittlere Deutsch  
gute Deutschkenntnisse

## Bemerkung

Wenn Führerschein, wie und was soll sie mit Patienten machen. Ausflüge, Arztbesuche, usw.

In der Regel kommen die Betreuungskräfte mit einem Fahrservice zu Ihnen nach Hause.

### **Sollten unter bestimmten Umständen dies nicht buchbar sein, könnten Sie nach vorheriger Absprache die Betreuungskraft an einem Bahnhof/Flughafen abholen?**

Ja

Nein

Nach Absprache

## zusätzliche Informationen

### **Gibt es eine Übernachtungsmöglichkeit bei einem Wechsel, wenn keine Lücke in der Betreuung sein darf?**

Ja

Nein

Nach Absprache

## Zusätzliche Informationen

Hiermit willige ich ein, dass Second Life Care die in diesem Fragebogen enthaltenen, persönlichen Daten und Gesundheitsdaten zur Kontaktperson bzw. zum Hilfebedürftigen im Rahmen der Abwicklung meiner Anfrage verwendet und speichert. Ich versichere zudem, zur Weiterleitung der angegebenen Daten über den Hilfebedürftigen befugt zu sein.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert

Sollte eine weitere Person zu betreiben und pflegen sein, bitten wir Sie einen separaten Patientenfragebogen auszufüllen.