

Erhebungsbogen

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erhebungsbogen
per E-Mail an: info@pflege-aus-polen.net
oder per Fax an: 030 33 00 79 74

A. Allgemeine Angaben

Kontaktperson

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Telefon (Büro)

E-Mail:

Verwandschaftsgrad

Bevollmächtigt: ja nein

Pflegeperson

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Geburtsdatum

Größe in cm

Gewicht in kg

Familienstand: verheiratet verwitwet alleinstehend

Pflegebedürftige Mitbewohner

Andere Personen im Haushalt

Sonstige Informationen

Pflegegrad

Bereits vergeben	<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Beantragt	<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

B. Angaben über die Pflegesituation

Diagnosen

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Beginnende Demenz	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche
<input type="checkbox"/> Diabetes (m. Insulin)	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Chronische Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Herzrythmusstörung
<input type="checkbox"/> Tumore	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Unfall/Sturz	<input type="checkbox"/> geschwächt (Krankenhaus)

Sonstige Krankheiten

ansteckende Krankheiten und/oder Keime

Ambulante Pflegedienste vor Ort

Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt? ja nein

Wie oft kommen Pfleger pro Tag?

Welche Aufgaben verrichten die Pfleger?

Wird der Pflegedienst auch zukünftig genutzt? ja nein

Kommunikation

Hören	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> gehörlos
Sprechen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stumm
Sehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> blind
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Brille		

Orientierungsvermögen

Persönlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
Räumlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt
Zeitlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt

Mobilität – generell

Stehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	
Gehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	
Besteht Sturzgefahr?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Treppenlift

Transfer – Bett, Rollstuhl, Dusch- oder Toilettenstuhl

<input type="checkbox"/> selbstständig (kein Transfer)	<input type="checkbox"/> mit leichter Unterstützung (Hand reichen)		
<input type="checkbox"/> Patient muss gestützt/gehoben werden	<input type="checkbox"/> vollständige Transferübernahme		
<input type="checkbox"/> Patient ist bettlägerig (kein Transfer)			
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Debikus-Matratze	<input type="checkbox"/> Hebegurt
	<input type="checkbox"/> Hebelift	<input type="checkbox"/> Badenwannenlift	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl

Inkontinenz

Urinkontrolle	<input type="checkbox"/>	kontinent	<input type="checkbox"/>	teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/>	inkontinent		
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>	kontinent	<input type="checkbox"/>	teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/>	inkontinent	<input type="checkbox"/>	künstlicher Darmausgang
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	Windeln	<input type="checkbox"/>	Vorlagen	<input type="checkbox"/>	Urinflasche	<input type="checkbox"/>	Katheter-Blase
	<input type="checkbox"/>	Katheter-Bauchdecke						

Nutzung kostenloser Pflegemittel

erfolgt bereits
 nicht nötig
 erwünscht

Einschlafen und Durchschlafen

problemlos
 gelegentliche Störung
 häufige Störungen

Einnahme Schlafmittel
 ja
 gelegentlich
 nein

Nachteinsätze

keine
 sporadisch
 1 mal pro Nacht
 2-3 mal pro Nacht
 mehr als 3 mal pro Nacht

Selbstständigkeit

An- und Auskleiden
 selbstständig
 mit Hilfe
 komplett hilfsbedürftig

Baden, Duschen und Körperpflege
 selbstständig
 mit Hilfe
 komplett hilfsbedürftig

Essen und Trinken
 selbstständig
 mit Hilfe
 komplett hilfsbedürftig

Kau- und Schluckstörungen
 keine
 Störungen
 PEG-Sonde

Diäten und Speiseplan

Charaktereigenschaften und Wesen des Patienten

- offen bestimmend fordernd zurückhaltend umgänglich
 Eigensinn Unruhe Weglauftendenz Teilnahmelosigkeit (Apathie)

andere Eigenschaften

Hobbys und persönliche Interessen

C. Anforderungen an das Personal

Personalprofil

- männlich weiblich egal
 20 bis 30 Jahre 30 bis 45 Jahre 45 bis 65 Jahre egal

Sprachkenntnisse deutsch:

Nicht immer entspricht das Sprachniveau unseren deutschen Vorstellungen.
Aus diesen Gründen finden Sie unten unsere ergänzenden Sprachbeschreibungen.

- sehr gut** Nahezu alle sprachlichen Herausforderungen des täglichen Lebens können bewältigt werden. Verständigung spontan und strukturiert, natürlich mit osteuropäischem Akzent.

- gut** Verständigung in routinemäßigen Situationen mit zusammenhängenden Sätzen, bei Verwendung klarer deutscher Sprache. Grammatikalisch ergeben sich „Stolpersteine“.

- mittel** Grundkenntnisse, elementare Unterhaltung mit eingeschränktem Wortschatz, Verständigung auf eher einfacher Art.

- einfach** Nur einzelne Wörter, Verständigung mit Schwierigkeiten.

- Führerschein** ja, mit Fahrpraxis nicht notwendig

Erwartungen an die entsendete Pflegekraft

Gewünschter Starttermin für die Betreuung

schnellstmöglich

Datum

D. Haushalt und Wohnsituation

Rahmenbedingungen Wohnsituation

Großstadt Kleinstadt Dorf ländlich

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Anzahl der Zimmer

Wohnfläche in Quadratmetern

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (fußläufig)

bis 10 min bis 20 min bis 40 min bis 60 min über eine Stunde

Fahrrad vorhanden ja nein

Ausstattung des Zimmers für die Pflegekraft

eigenes Bad Bett Schlafcouch Schrank Tisch

Internetzugang Radio TV Telefon-Auslands-Flat

Freizeitreglung der Pflegekraft (keine Anwesenheitspflicht)

Täglich 2 Stunden (muss gewährleistet werden!)

Die Freizeit für die Betreuungskräfte ist sehr wichtig, denn nur wer seine Kräfte regelmäßig regenerieren kann, der kann auch gut pflegen und betreuen.

zusätzlich je 2 × 0,5 Tage pro Woche

alternativ 1 ganzer Tage pro Woche

Zusätzliche Informationen und Voraussetzungen

Haustiere ja nein

Wenn ja, welche?

Sollen diese Tiere mit versorgt werden?

ja nein bei Bedarf

Wohnungsreinigung ja nein

Ausgenommen Fensterputzen und Gartenpflege!

Haushaltshilfe vorhanden? ja nein

Wie oft pro Woche?

Einkäufe ja nein

Kochen ja nein

Für wie viele Personen?

Hilfe beim Essen ja nein

Wäsche waschen ja nein

Bügeln ja nein

Ausflüge ja nein

Freizeitgestaltung ja nein

Spazieren gehen ja nein

Begleitung bei Arzt- und Apothekenbesuchen ja gelegentlich nein

E. Normale Tagesstruktur

Bitte **immer** die Uhrzeiten mit angeben.

Uhrzeit

morgens

Uhrzeit

vormittags

Uhrzeit

mittags

Uhrzeit

nachmittags

Uhrzeit

abends

Uhrzeit

nachts

sonstige Bemerkungen

F. Abschließende Bemerkungen

Zusätzliche Informationen und Voraussetzungen

Wie hoch sehen Sie den Pflegeaufwand insgesamt? gering mäßig umfangreich erheblich

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Familie/Bekannte

Internet

Broschüre

Krankenhaus

Pflegedienst

Empfehlung

Sonstiges

Haben Sie sonstige Fragen oder Anmerkungen?

Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen zu unterzeichnen. Sie bestätigen hiermit nur die Richtigkeit der Angaben. Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Erstellung des Suchprofils und Ihres individuellen Angebotes, welches auf Grundlage der in diesem Erhebungsbogen gemachten Angaben beruht, ist für Sie **unverbindlich** und **kostenfrei**.

Datenschutzhinweis

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Erfassung und Kontaktaufnahme gespeichert werden.

Datum und Ort

ggf. Unterschrift der Pflegeperson

Datum und Ort

Unterschrift der Kontaktperson