

Danke für Ihre Anfrage!
Um eine passende Betreuungsperson auswählen zu können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten:

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSSFÜLLEN

1. KONTAKTPERSON

Name:

Vorname:

Verwandtschaftsverhältnis zu der zu betreuenden Person:

Straße:

PLZ/ORT:

Telefon: mobil:

E-Mail:

2. ANGABEN ZU DER ZU BETREUENDEN PERSON

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:.....

Gewicht:

Straße:.....

PLZ/ ORT:

Telefon:

3. PFELEGEGRADE:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> oder beantragter Grad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

4. LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Schlaganfall __ re __ li
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche	Sonstige Krankheiten oder Behinderungen:	

5. GRUNDSÄTZLICHE FRAGEN:

a)	Ist die zu betreuende Person bettlägerig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
b)	Muss die zu betreuende Person gelagert werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
c)	Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
d)	Leidet die zu betreuende Person an die Schlafstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
e)	Mit wem wohnt die zu betreuende Person zusammen?		
f)	Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
g)	Ist die zu betreuende Person ein Raucher/in?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
h)	Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
i)	Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Wenn ja, wie oft täglich? Für welche Tätigkeiten?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

Ich erkläre hiermit, dass nach meinem Wissen die zu betreuende Person (und direkten Kontaktpersonen) nicht an ansteckenden Krankheiten leiden.

.....
Unterschrift

6. KOMMUNIKATION:

Hören	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sprechen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	Sonstige

7. ORIENTIERUNG:

Zeitlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Örtlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Persönlich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

8. BEWEGUNGSFÄHIGKEIT:

Gehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Stehen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

HILFSMITTEL:

<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Dekubitus Matratze
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Badewannenlift
<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Sonstige

9. HYGIENE:

Duschen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Hautpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Mundpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Haarpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Intimpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Handpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Fußpflege	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Rasieren	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

10. NAHRUNGS-AUFNAHME

Essen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Trinken	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Kauen und Schlucken	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
PEG Sonde	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Adipös	<input type="checkbox"/> Kachektisch
Kost	<input type="checkbox"/> Vollwert	<input type="checkbox"/> Vegetarisch	<input type="checkbox"/> Diabetes

11. AUSSCHIEDUNGEN

Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

12. HILFSMITTEL

Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Urinflasche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Windeln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorlagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

13. BEKLEIDUNG

Ankleiden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Auskleiden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt

14. SCHLAFEN

Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häufigkeit der nächtlichen Einsätze:		
Notwendige Medikamente :		

15. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Musiktherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Logopädie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

16. HOBBY UND CHARAKTER:

Beschreiben Sie bitte in ein paar Worten den Charakter der zu betreuenden Person:

17. ZUSÄTZLICHE BEMERKUNGEN:

18. ANGABEN ZUR GEWÜNSCHTEN BETREUNGSKRAFT:

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> Irrelevant		
Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

19. ANGABEN ZUR GEWÜNSCHTEN TÄTIGKEIT DER BETREUNGSKRAFT:

<input type="checkbox"/> Kochen	<input type="checkbox"/> Einkaufen gehen	<input type="checkbox"/> Wäsche waschen
<input type="checkbox"/> Bügeln	<input type="checkbox"/> Spazieren gehen	<input type="checkbox"/> Freizeit
<input type="checkbox"/> Haustiere versorgen	Falls ja, welche: _____	

20. BESCHREIBUNG DER UNTERKUNFT

<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Ländlich/Dorf
<input type="checkbox"/> In einem Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Ein Familien Haus	<input type="checkbox"/> Mit Garten
Sonstiges: _____		

21. ZIMMERAUSSTATTUNG FÜR DIE BETREUNGSKRAFT:

<input type="checkbox"/> eigenes Bad	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> TV
<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> Internetzugang	<input type="checkbox"/> Computer

22. EINKAUFSMÖGLICHKEITEN: (ZU FUSS)

<input type="checkbox"/> ca. 10 Min.	<input type="checkbox"/> ca. 20 Min.	<input type="checkbox"/> ca. 30 Min.	<input type="checkbox"/> wird von der Familie erledigt
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

23. GEWÜNSCHTE SPRACHKENNTNISSE DER BETREUUNGSKRAFT:

Stufe 4

- Die Betreuungskraft verfügt über die Grundkenntnisse der deutschen Sprache
- Kommunikation mit Grundwortschatz möglich
- versteht kurze und einfache Fragen und kann diese beantworten

Stufe 3

Die Betreuungskraft verfügt über einen Grundwortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich,

- Die Verständigung mit der Betreuungskraft ist in Sätzen möglich

Stufe 2

- Die Betreuungskraft verfügt über einen erweiterten Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich,
- Die Verständigung mit der Betreuungskraft ist in Sätzen möglich,
- Die Betreuungskraft versteht die an sie gerichteten Fragen und kann diese beantworten.

Stufe 1

- Die Betreuungskraft verfügt über einen umfangreichen Wortschatz aus dem Alltags-, Betreuungs- und Pflegebereich.
- Die Verständigung mit der Betreuungskraft in ganzen Sätzen möglich
- Die Betreuungskraft versteht die an sie gerichteten Fragen, kann diese beantworten und ist in der Lage, eine Unterhaltung zu führen
- Sie verfügt über einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache und meistert Alltagssituationen und Gespräche.

Alle uns zur Verfügung gestellte Aussagen und Angaben werden entsprechend der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt.

Wenn Sie uns per Kontaktformular Anfragen zukommen lassen, werden Ihre Angaben aus dem Anfrageformular inklusive der von Ihnen dort angegebenen Kontaktdaten zwecks Bearbeitung der Anfrage und für den Fall von Anschlussfragen bei uns gespeichert. Diese Daten geben wir nicht ohne Ihre Einwilligung weiter.

Ort, Datum, Unterschrift

23. DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Hiermit willige ich ein, dass die angegebenen Daten und Informationen zur Erfüllung des Dienstleistungsvertrages durch PROANIMA verwendet werden.

Der Verwalter Ihre Daten ist PROANIMA, Friedenstr. 36a, 46485 Wesel

Kunde (bzw. dessen Bevollmächtigter)

Wesel, _____