

Persönliche Informationen

Der Patient

Name und Vorname

Telefonnummer

Adresse

Ihre Kontaktdaten

Anrede

Name und Vorname

Adresse

Email

Telefonnummer

Fax

Wie haben Sie von uns erfahren? Internet Zeitung/Zeitschrift

Von Bekannten Andere:

Anforderungen an die Pflegekraft

Geschlecht Egal Männlich Weiblich

Sprachkenntnisse Gering Mittel Gut Sehr gut

Alter:

Ist Führerschein erforderlich? Nein Ja Optional

Sonstiges:

Ab wann soll Die Betreuung übernommen werden?

Wohnsituation

Ein Einfamilienhaus

Ein Mehrfamilienhaus

Eine Wohnung

Wo wird die Kraft untergebracht (kürze Umschreibung)?

Gibt es WLAN, bzw Festnetz mit EU-FLAT zur Verfügung?

Ja

Nein

Wird eingerichtet

Leben weitere Personen im Haushalt?

Nein

Ja:

Davon Pflegebedürftig:

Gibt es Haustiere?

Nein

Ja:

Zustand der Patienten:

Mobilität

keine Einschränkungen

leicht gehbehindert

rollatorfähig

rollstuhlfähig

bettlägerig

Transfer

Nein

Ja

Lifter

Nein

Ja

Weitere Hilfsmittel in der Wohnung:

Weitere Informationen

Geschlecht

Männlich

Weiblich

Alter/Gewicht

Pflegegrad

Hobbys und Interesse:

Ist ambulanter Pflegedienst beauftragt?

Nein Ja

Welche Tätigkeit?

Soll der Pflegedienst weiter kommen? Nein Ja

Krankheitsmerkmale

Alzheimer Arthrose Dialysenpatient Diabetes Demenz

Inkontinenz Krebs MS-Patient Osteoporose Rheuma

Parkinson Schlaganfall Herzinsuffizienz Sondennahrung/PEG

Katheter Keine Sonstige:

Welche Tätigkeiten werden notwendig?

Haushalt:

Putzen Kochen Einkaufen Wäsche waschen Bügeln
 Gartenarbeiten Versorgung von Tieren Keine

Pflege:

Hilfe beim Ankleiden Waschen Medikamentenvergabe Essengabe
 Windelwechsel Arztbesuche Krankengymnastik/Massage Keine

Sonstige

Sind nächtliche Einsätze notwendig?

Nein Ja

Wie oft:

Sonstige Informationen