

Formular-Daten!

Zuletzt aktualisiert am Sonntag, den 28. Oktober 2012
 Dienstag, den 10. Juli 2012















Beginn der Betreuung: *		
Ende der Betreuung:		
Geschlecht: *	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> keine Anforderung	
Alter: *		
Deutsche Sprachkenntnisse: *	<input type="radio"/> geringe <input type="radio"/> durchschnittliche <input type="radio"/> gute <input type="radio"/> erweiterte <input type="radio"/> sehr gute	<input type="checkbox"/>
Andere Sprachkenntnisse?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Russisch <input type="checkbox"/> Spanisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Portugiesisch <input type="checkbox"/> Holländisch <input type="checkbox"/> Türkisch	
Pflegeerfahrung: *	<input type="radio"/> nicht notwendig <input type="radio"/> bevorzugt <input type="radio"/> notwendig, als <input type="checkbox"/>	
	<input type="radio"/> Pflegeerfahrung in D/A/CH <input type="radio"/> Altenpflegerin/-pfleger <input type="radio"/> Krankenschwester/-pfleger	
Unterbringung in separatem Zimmer *	<input type="radio"/> ja <input type="checkbox"/>	
Ausstattung:	<input type="checkbox"/> ... Bett <input type="checkbox"/> ... Tisch <input type="checkbox"/> ... Schrank <input type="checkbox"/> ... Radio <input type="checkbox"/> ... TV <input type="checkbox"/> ... Internet <input type="checkbox"/> ... Telefon	
Unterbringung mit eigenem Bad	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Führerschein:	<input type="radio"/> unwichtig <input type="radio"/> wichtig	
Kochfertigkeiten:	<input type="radio"/> unwichtig <input type="radio"/> wichtig <input type="checkbox"/>	
... gekocht werden soll:	<input type="checkbox"/> ohne Anforderungen <input type="checkbox"/> Küche nach Vorgabe <input type="checkbox"/> möglichst deutsche Küche	
... gekocht werden soll für:	<input type="radio"/> -1- Person <input type="radio"/> -2- Personen <input type="radio"/> -3- Personen <input type="radio"/> -4- Personen	
Gartenarbeit:	<input type="radio"/> nicht notwendig <input type="radio"/> wünschenswert	
Nichtraucher:	<input type="radio"/> unwichtig <input type="radio"/> unwichtig, aber <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> wichtig	
Rauchen	<input type="radio"/> ... nur im eigenen Zimmer <input type="radio"/> ... nur im Freien	
Tierliebe:	<input type="radio"/> unwichtig <input type="radio"/> wichtig, weil <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> wichtig	
	<input type="checkbox"/> ... Haustier im Haushalt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... Haustier oft zu Besuch <input type="checkbox"/> ... Tierbetreuung nötig	
Art des Haustieres:		
Freizeitausgleich	<input type="checkbox"/> ... stundenweise täglich <input type="checkbox"/> ... ein Tag/Woche <input type="checkbox"/> ... ein Wochenende/Monat	<input type="checkbox"/>

Formular-Daten!

Zuletzt aktualisiert am Sonntag, den 28. Oktober 2012
Dienstag, den 10. Juli 2012









Name: *		Sind Raucher im Haushalt?	<input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein	
Vorname: *		Raucht der/die Bedürftige?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Geschlecht: *	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	Bestehen ansteckende Krankheiten?	<input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein	
Alter:		Welche?		
Gewicht in kg:		Mobilität:	<input type="radio"/> ist eingeschränkt  <input type="radio"/> ist uneingeschränkt	
Straße & Hausnr.: (Pflegeort) *		Mobilität Der/die Bedürftige ...	<input type="checkbox"/> bewegt sich selbständig <input type="checkbox"/> ist körperlich behindert <input type="checkbox"/> bewegt sich mit Rollator <input type="checkbox"/> bewegt sich im Rollstuhl <input type="checkbox"/> ist bettlägerig <input type="checkbox"/> muss gehoben werden <input type="checkbox"/> kann mithelfen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel bestehen 	
PLZ & Ort: (Pflegeort) *		Welche Hilfsmittel bestehen?	<input type="checkbox"/> Hebegurt <input type="checkbox"/> Hebesitz <input type="checkbox"/> Patientenlift <input type="checkbox"/> Sonstige 	
Beschreibung der Unterkunft (Pflegeort)	<input type="radio"/> Haus  <input type="radio"/> Wohnung 	Sonstige Hilfsmittel:		
Anzahl Zimmer:		Nächtliche Ruhe:	<input type="checkbox"/> ist ungestört <input type="checkbox"/> ist gelegentlich gestört <input type="checkbox"/> mit erheblichen Störungen <input type="checkbox"/> erfordert Überwachung <input type="checkbox"/> Weitere Angaben 	
Wohnfläche in qm:		Weitere Angaben:		
Etage:		Welche Grundpflege ist erforderlich?	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Hygienemaßnahmen <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Unterstützung zur Mobilität <input type="checkbox"/> Sonstiges 	
Körperliche Einschränkungsmerkmale:	<input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein	Sonstige Wünsche zur Grundpflege:		
Welche körperlichen Einschränkungen bestehen?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Dekubitus (Druckgeschwür) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankung <input type="checkbox"/> Inkontinenz-Urin zeitweise <input type="checkbox"/> Inkontinenz-Urin ständig <input type="checkbox"/> Inkontinenz-Stuhl zeitweise <input type="checkbox"/> Inkontinenz-Stuhl ständig <input type="checkbox"/> Katheter erforderlich <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Probleme mit Speiseröhre <input type="checkbox"/> Rheuma/Gicht <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Stoma, Darm-/Urinausgang <input type="checkbox"/> Tumore <input type="checkbox"/> Windeln erforderlich <input type="checkbox"/> Sonstige 	Ist bereits eine Pflegestufe beantragt bzw. genehmigt? *	<input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein	
Sonstige, körperliche Einschränkungen:				

Formular-Daten!

Zuletzt aktualisiert am Sonntag, den 28. Oktober 2012
Dienstag, den 10. Juli 2012



Die Pflegestufe ist: *	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> genehmigt <input type="checkbox"/> Pflegestufe 0 <input type="checkbox"/> Pflegestufe I <input type="checkbox"/> Pflegestufe II <input type="checkbox"/> Pflegestufe III <input type="checkbox"/> Pflegestufe III - Härtefall	
Sind derzeit ambulante Pflegedienste im Einsatz? *	<input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein	
Welche Aufgaben übernimmt der Pflegedienst?		
Wie oft ist der Pflegedienst im Einsatz? *		
Leben Angehörige im gemeinsamen Haushalt?	<input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein	
Anzahl der Angehörigen:		
Geistige Einschränkungsmerkmale:	<input type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein	
Welche geistigen Einschränkungen bestehen?	<input type="checkbox"/> Desorientierung, zeitlich <input type="checkbox"/> Desorientierung, personell <input type="checkbox"/> Desorientierung, örtlich <input type="checkbox"/> Desorientierung, völlige <input type="checkbox"/> geistig behindert <input type="checkbox"/> Alzheimer oder Demenz <input type="checkbox"/> Sonstige 	
Sonstige, geistige Einschränkungen:		
Kommunikation:	<input type="radio"/> ist eingeschränkt  <input type="radio"/> ist uneingeschränkt	
Kommunikation ist eingeschränkt bzgl.:	<input type="checkbox"/> sehen <input type="checkbox"/> hören <input type="checkbox"/> sprechen <input type="checkbox"/> verstehen	

Formular-Daten!

Zuletzt aktualisiert am Sonntag, den 28. Oktober 2012
 Dienstag, den 10. Juli 2012



Herr/Frau *		
Name: *		
Vorname: *		
Anschrift Straße & Hausnr.: *		
Anschrift PLZ & Ort.: *		

eMail-Adresse: *		
Telefon, Festnetz: *		
Telefon, mobil:		
Wie wünschen Sie unsere Rückantwort?	<input type="checkbox"/> per eMail <input type="checkbox"/> per Telefon <input type="checkbox"/> per Post	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>