

1. Leistungsnehmer :

Name:

Vorname:

Alter:

Gewicht:

Größe:

Straße:

PLZ /Ort :

E-Mail:

Telefon:

Mobil:

Fax :

2. Kontaktperson

Name

Vorname

Alter:

Straße:

PLZ /Ort :

E-Mail:

Telefon:

Mobil:

Fax :

3. Angaben zum Leistungsnehmer

Pflegestufe:

keine

1

2

3 erst beantragt

Selbständigkeit:

nicht bettlägerig Rollator komplett bettlägerig Rollstuhl

betreute Person kann mithelfen

Kommunikation:

vollständig erhalten

eingeschränkt bezüglich:

sehen

hören

sprechen

Nächtliche Überwachung:

Ja

Nein

Gesundheitsmerkmale:

- Alzheimer / Demenz
 - Bluthochdruck
 - geistig behindert
 - Diabetes
 - gehbehindert
 - Tumor
 - Inkontinenz
 - bettlägerig
 - Schwerhörigkeit
 - Herz-Kreislaufkrankung
 - Parkinson
 - Osteoporose
 - Schlaganfall
 - MS-Patient
 - Dauerkatheter
 - sonstige Beschwerden (bitte kurz schildern):
-
-
-
-

Hilfsmittel:

- Hebegurt
- Hebesitz
- Patientenlift
- Andere, bitte hier angeben:

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?

- Ja
- Nein

Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen?

- Ja
- Nein

4. Arbeit im Haushalt / Wohnsituation

- Grundreinigung
 - Kochen
 - Saubermachen
 - Fensterputzen
 - Waschen
 - Einkaufen
 - Andere Aufgaben (bitte hier kurz schildern):
-
-
-

Wohnsituation:

Wohnung

Haus

Wie viel qm? _____

Haustiere:

Ja (falls ja, welche/s Haustier/e?):

 Nein

Garten vorhanden:

Ja (falls ja, leichte Gartenarbeit erwünscht?):

Nein

5. Erwartungen an das gewünschte Personal

Gewünschte Sprachkenntnisse:

Kommunikativ

Grundkenntnisse

befriedigendes Deutsch

gutes Deutsch

sehr gutes Deutsch

Einsatzbeginn:

voraussichtliche Einsatzdauer:

Gewünschtes Alter der Betreuerin:

25-30

30-40

älter als 40

Geschlecht:

weiblich

männlich

egal

Pflegeerfahrung:

egal

wünschenswert:

Führerschein mit Fahrpraxis:

ja, wichtig (Aufpreis)

egal

Referenzen, Zeugnisse:

-
- unwichtig
 - wünschenswert

Nichtraucher/in:

-
- ja, wichtig
 - kann draußen rauchen
 - egal

Tierlieb:

-
- ja, wichtig
 - egal

Anfallende Tätigkeiten als Betreuerin (außer Haushalt)

-
- Waschen
 - Ankleiden
 - Nahrungsaufnahme
 - Spazieren gehen
 - Mit Gehstock
 - Mit Gehhilfe
 - Im Rollstuhl
 - Wechseln der Windeln
 - Andere pflegerische Tätigkeiten (bitte hier kurz schildern):
-
-
-
-

6. Sonstiges

War der Patient bereits in einem Pflegeheim?

-
- ja
 - nein

Hobbies des zu Betreuenden:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden:

Alle hier enthaltenen Informationen werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weiter gegeben!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post oder Mail an:

„Tschüss Altenheim“
Seniorenpflege24
Pestalozzistr. 31
50259 Pulheim

Mail: info@tschuess-altenheim.de