

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen

per Mail an info@hl-eu.com

per Fax an 089-2154036

per Post an HOME-LIFE GROUP LTD, Eschersheimer Landstraße 42, 60322 Frankfurt am Main

Allgemeine Angaben der Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer (Mobil): _____

Telefonnummer (Privat): _____

Telefonnummer (Büro): _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Allgemeine Angaben des Patienten

Name, Vorname: _____

Geschlecht: Weiblich Männlich Gewicht: _____

Geburtsdatum: . . . Größe: _____

Familienstand: Verheiratet Alleinstehend Verwitwet

Personen im Haushalt: _____

Pflegebedürftige Mitbewohner: _____

Adresse: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer (Mobil): _____

Telefonnummer (Privat): _____

E-Mail: _____

Wurde die zu betreuende Person bereits durch eine 24-Stunden-Kraft betreut? _____

Pflegegrad	Kein	1	2	3	4	5
Beantragt:		1	2	3	4	5

Diagnosen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (m. Insulin) | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts | <input type="checkbox"/> Schlaganfall links |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Mult. Sklerose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheit | wenn ja, welche : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | wenn ja, welche : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | _____ | |

Ambulante Pflegedienste vor Ort

Ist aktuell ein Pflegedienst beauftragt: Ja Nein

Falls Ja, wie oft kommen Pfleger pro Tag: _____

Wird Pflegedienst auch zukünftig genutzt? Ja Nein

Welche Aufgaben verrichten die Pfleger:

Orientierung

Persönlich: Ja Temporär Sehr eingeschränkt

Örtlich: Ja Temporär Sehr eingeschränkt

Zeitlich: Ja Temporär Sehr eingeschränkt

Mobilität generell

Selbständig
 Leicht gehbehindert
 Rollator
 Rollstuhl
 Bettlägerig

Treppensteigen

Selbständig
 mit Unterstützung
 nicht möglich

Mobilität – Bett/Rollstuhl/Bett

Selbständig
 Mit Unterstützung
 Komplett hilfsbedürftig
 Bettlägerig (kein Transfer)

Vorhandene Hilfsmittel:

Pflegebett
 Lift
 Dekubitus-Matratze
 Rollstuhl
 Rollator

Andere Hilfsmittel:

Urinkontrolle

kontinent
 teilweise inkontinent
 inkontinent

Hilfsmittel:

Windeln
 Vorlagen
 Urinflasche
 Katheter
 Suprapubischer Katheter

Stuhlkontrolle

kontinent
 teilweise inkontinent
 inkontinent

An-/Auskleiden:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Baden bzw. Duschen und Körperpflege

Baden/Duschen:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Gesicht:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Mundpflege:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Oberkörper:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Gesäß/Beine:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Intimpflege:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Haare waschen:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Rasieren:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Handpflege:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Fußpflege:

selbständig

teilweise selbst.

mit Hilfe

komplett hilfsbedürftig

Essen / Trinken

- Selbständig Mit Hilfe Komplett hilfsbedürftig

Kau- u. Schluckstörungen

- Keine Störungen PEG Sonde Nahrungskarenz Trinkkarenz

Diät bzw. Speiseplan

- Keine Falls ja, was genau:
-

Einschlafen und Durchschlafen

- Problemlos Sporadische Störungen Schlaf-Wach-Rhythmus gestört

Nachteinsätze

Wie häufig? _____

- Keine Sporadisch

Zu welchen Uhrzeiten? _____

Bitte beschreiben Sie die Charaktereigenschaften und das Wesen des Patienten

Anforderungen an das Personal und Rahmenbedingungen

Profil des Personals

- Männlich Weiblich Egal

Sprachkenntnisse:

(Mehrfachnennungen erwünscht)

- Sehr gut Gut Befriedigend
 Ausreichend Mangelhaft keine Deutschkenntnisse

Budget _____ €

Haushalt und Wohnsituation

Ort	Großstadt	Kleinstadt	Dorf
Haus	Einfamilienh.	Mehrfamilienhaus	Wohnung
Wohnsituation der Betreuungskraft:	eigene Wohnung	eigenes Zimmer	

Einkaufsmöglichkeiten vor Ort (zu Fuß erreichbar):

ca. 10 min ca. 20 min ca. 40 min ca. 60 min länger als 1 Stunde

Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft:

eigenes Bad eigenes Bett Tisch Schrank
 Radio TV Computer Internetzugang
 Telefonflatrate nach Polen möglich Internetzug. beantragt*

*Dringend empfohlen, falls noch nicht vorhanden!

Rauchen gestattet? im Freien eher nicht Nein

Haustiere: keine Wenn ja, welche: _____

Sollen diese Tiere mit versorgt werden? Ja Nach Bedarf Nein

Einkäufe/Kochen/Essensvorbereitung: immer gelegentlich Nie

Waschen/Bügeln: immer gelegentlich Nie

Begleitung bei Arzt-
und Apothekenbesuchen: Immer Gelegentlich Nie

Gibt es eine Haushaltshilfe? Nein Falls ja, wie oft in der Woche: _____

Gewünschter Starttermin für die Betreuung: _____

Tagesstruktur

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

