

*Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen per Mail an info@hl-eu.com, per Fax an 089-21540367 oder per Post an HOME-LIFE GROUP LTD, Eschersheimer Landstraße 42, 60322 Frankfurt am Main

Allgemeine Angaben der KONTAKTPERSON

NAME, VORNAME:

ADRESSE:

PLZ UND ORT:

TELEFONNUMMER (MOBIL):

TELEFONNUMMER (PRIVAT):

EMAIL:

VERWANDTSCHAFTSGRAD:

Allgemeine Angaben des PATIENTEN

NAME, VORNAME:

GESCHLECHT:

Weiblich Männlich GEWICHT: kg

GEBURTSDATUM:

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 4

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 |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts | <input type="checkbox"/> Schlaganfall rechts |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall links |
| <input type="checkbox"/> Chronische Durchfälle | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <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: | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Falls Ja, wie oft kommen Pfleger pro Tag: | | |
| Wird Pflegedienst auch zukünftig genutzt? | <input type="radio"/> JA | <input type="radio"/> NEIN |
| Welche Aufgaben verrichten die Pfleger: | | |

■ MOBILITÄT GENERELL

Selbständig Leicht behindert Rollator Rollstuhl Bettlägerig

■ TREPPENSTEIGEN

Selbständig mit Unterstützung Nicht möglich

■ MOBILITÄT – BETT/ROLLSTUHL/BETT ■ VORHANDENE HILFSMITTEL ■ ANDERE HILFSMITTEL:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Selbständig | <input type="radio"/> Pflegebett |
| <input type="radio"/> Mit Unterstützung | <input type="radio"/> Lift |
| <input type="radio"/> Komplett hilfsbedürftig | <input type="radio"/> Dekubitus-Matratze |
| <input type="radio"/> Bettlägerig (kein Transfer) | <input type="radio"/> Rollator |

■ URINKONTROLLE:

- kontinent
- teilweise inkontinent
- inkontinent

■ HILFSMITTEL:

- Windeln
- Vorlagen
- Urinflasch
- Katheter

■ STUHLKONTROLLE:

- kontinent
- teilweise inkontinent
- inkontinent

■ AN-/AUSKLEIDEN:

- Selbständig teilweise selbst. mit Hilfe komplett hilfsbedürftig

■ BADEN BZW. DUSCHEN UND KÖRPERPFLEGE

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 teilweise selbst. komplett hilfsbedürftig

■ **DIÄT BZW. SPEISEPLAN**

- Nein Falls ja, was genau:
-

■ **NACHTEINSÄTZE**

- Keine Sporadisch

Wie häufig? _____ Zu welchen Uhrzeiten? _____

■ **BITTE BESCHREIBEN SIE DIE CHARAKTEREIGENSCHAFTEN UND DAS WESEN DES PATIENTEN**

■ **ANFORDERUNGEN AN DAS PERSONAL UND RAHMENBEDINGUNGEN**

- Männlich Weiblich Egal

■ **SPRACHKENNTNISSE** *Mehrfachnennungen erwünscht

- Kommunikativ Gut Befriedigend
 Ausreichend Mangelhaft keine Deutschkenntnisse

■ **BUDGET**

€

■ **HAUSHALT UND WOHSITUATION**

ORT:

- Großstadt Kleinstadt Dorf

HAUS:

- Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

■ **EINKAUFSMÖGLICHKEITEN VOR ORT (ZU FUSS ERREICHBAR):**

- ca. 10 min ca. 20 min ca. 40 min

■ **AUSSTATTUNG DES ZIMMERS FÜR DIE BETREUUNGSKRAFT:**

- eigenes Bad eigenes Bett Tisch Schrank
 Radio TV Internetzugang Internetzugang beantragt*

**Dringend empfohlen, falls noch nicht vorhanden. Internetzugang ist Pflicht!*

■ **RAUCHEN GESTATTET?**

- im Freien eher nicht Nein Ja

■ **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

■ **GEWÜNSCHTER STARTTERMIN FÜR DIE BETREUUNG:** _____

■ **WIE SIND SIE AUF HOMELIFE AUFMERKSAM GEWORDEN?**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familie/Bekannte | <input type="checkbox"/> Broschüre |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Fahrzeugwerbung |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Plakatwerbung |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Postwurfsendung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Wo sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Haben Sie bereits oder wünschen Sie einen bestimmten Ansprechpartner? _____

Haben Sie sonstige Fragen oder Anregungen? _____

MIT VORORTSBETREUUNG

OHNE VORORTSBETREUUNG - 200€



ERFASSUNGSBOGEN | Seite 6 von 6

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen. Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden. Weiterhin versichere ich, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind. Ich erkläre mich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessenten anfrage durch HomeLife kontaktiert zu werden. Ich habe jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist schriftlich an die Firma HomeLife Group zu richten.

Ich bestätige, dass die oben genannten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ihre Unterschrift führt zu keinem Auftrag. Die Angebotserstellung ist für Sie unverbindlich und kostenfrei.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT