

Bitte senden Sie den ausgefüllten Erfassungsbogen :

per Mail : info@pflege-engel-24.de
per WhatsApp : 0151 28 76 36 76 **per Fax:** 0322 25 55 31 99
per Post : Pflege-Engel-24, Drosselstr. 30, 66497 Contwig

Gewünschter **Betreuungsbeginn:** in ca. 1 Woche in ca. 2 Woche Zum:

1. Kontaktperson

Frau / Herr Vorname: Name:

Straße, Haus-Nr.: Telefon:

PLZ, Ort.: Telefon:

E-Mail: Mobil:

Verwandtschaftsgrad zur betreuenden Person:

2. Angaben zur betreuenden Person / Patient

Frau / Herr Vorname: Name:

Straße, Haus-Nr.: Telefon:

PLZ, Ort.: Mobil: :

Geburtsdatum: **Pflegegrad:** 1 2 3 4 5

Körpergewicht: kg derzeit kein Pflegegrad

Körpergröße: cm Pflegegrad/höherer Pflegegrad beantragt

3. Gesundheitszustand / Diagnosen

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

- | | | | |
|-------------------|----------------|---------------------|--------------|
| Allergien | Dekubitus | Herzinsuffizienz | Parkinson |
| Beginnende Demenz | Depression | Herzrhythmusstörung | Rheuma |
| Demenz | Diabetes | Hypertonie | Schlaganfall |
| Arthrose | D. mit Insulin | Mult. Sklerose | Stoma |
| Asthma | Herzinfarkt | Osteoporose | Tumor |

Sonstige:

Leidet die hilfsbedürftige Person an ansteckenden Krankheiten oder Keimen ?

Nein Ja:

3.1 Mobilität

Ist die hilfsbedürftige Person bettlägerig? Ja Nein

Wenn Ja, muss die hilfsbedürftige Person gelagert werden? Ja Nein

Mobilität : selbständig Leicht gehbehindert Rollator Rollstuhl

Benötigt die hilfsbedürftige Person Hilfe beim Transfer (z.B. in den Rollstuhl):

Nein Unterstützung Ja

Falls ein Transfer notwendig ist, unterstützt die hilfsbedürftige Person dabei aktiv?

Nein Unterstützung komplett hilfsbedürftig

Benötigt die hilfsbedürftige Person Hilfe beim Treppensteigen?

Nein Unterstützung nicht möglich

Benötigt die hilfsbedürftige Person Hilfe beim An- / Auskleiden?

Nein Unterstützung komplett hilfsbedürftig

Vorhandene Hilfsmittel:

Gehstock	Patientenlifter	Dekubitusmatratze
Rollator	Hublift	Treppenlift
Rollstuhl	Hebegurt	Elektromobil
Krücken	Pflegebett	Aufstehhilfe

3.2 Körperpflege

Hilfe und Unterstützung bei der Körperpflege?

Baden / Duschen Nein Unterstützung hilfsbedürftig komplett

Intimpflege Nein Unterstützung hilfsbedürftig komplett

Mundpflege Nein Unterstützung hilfsbedürftig komplett

Handpflege	Nein	Unterstützung	hilfsbedürftig komplett
Fußpflege	Nein	Unterstützung	hilfsbedürftig komplett
Haarpflege	Nein	Unterstützung	hilfsbedürftig komplett

Ist die hilfsbedürftige Person inkontinent?

Nein	teilweise (z.B. nachts):		
Ja:	Urin	Stuhl	Dauerkatheter
Wechseln von Einlagen oder Inkontinenzmaterial:		selbständig	durch Betreuungsperson

Vorhandene Hilfsmittel:

Urinflasche	Windeln	Vorlagen
Katheter	Suprapubischer Katheter	WC-Stuhl

Bemerkungen:

3.3 Orientierung

Zeitlich	Ja	Temporär	sehr eingeschränkt
Örtlich	Ja	Temporär	sehr eingeschränkt
Persönlich	Ja	Temporär	sehr eingeschränkt

Anmerkungen:

Zeigt die hilfsbedürftige Person herausfordernde Verhaltensweisen? (z. B. gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus,...)

Nein Ja:

Charaktereigenschaften und Wesen der zu betreuenden Person?

3.4 Essen und Trinken

	selbständig	mit Unterstützung	komplett hilfsb.
Kau- und Schluckbeschwerden ?		Keine	Störungen
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?		Ja	Nein
Besonderheiten bei der Ernährung?		PEG Sonde	Trinkkarenz
Diät / Speiseplan:			

4. Aufgaben der Betreuungskraft

Kochen für	Personen (inkl. Betreuungskraft)		
Balkon- und Blumenpflege	Waschen u. Bügeln	gelegentlich	Einkaufen
Gibt es Haustiere, falls ja: welche?			
Sollen evtl. Haustiere mitversorgt werden?	Ja		Nein
Begleitung bei Arztbesuchen	Freizeitgestaltung		an Medikamenteneinnahme erinnern
Sonstiges:			
Einkaufsmöglichkeiten:	zu Fuß in ca.	Minuten	mit dem Auto mit dem Bus / Bahn

Gibt es Aufgaben die von der Familie übernommen werden?

Nein Ja:
(z. B. Einkäufe, Arztbesuche,...)

Ambulante Pflegedienst vor Ort

Nein Ja:
(Welche Aufgaben verrichten die Pfleger?)

Besucht die hilfsbedürftige Person eine Tagespflegeeinrichtung?

Nein Ja:

4.1 Nachteinsätze

Nachteinsätze ?

Nein Ja, gelegentlich Ja, jede Nacht Ja, mehrmals jede Nacht

Welche Tätigkeiten fallen an und ggf. wie häufig pro Nacht?

Leidet die hilfsbedürftige Person an Schlafstörungen? Ja Nein sporadisch

5. WOHNITUATION

Mit wem lebt die hilfsbedürftige Person im gleichen Haushalt zusammen?

alleine Ehepartner Lebenspartner Angehöriger:

Muss eine weitere Person im Haushalt versorgt werden? (Wenn Ja, bitte einen zweiten Fragebogen ausfüllen!)

Ja nur Hauswirtschaft Nein

Angaben zum Wohnort der hilfsbedürftigen Person

Dorf Kleinstadt Großstadt

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnung

Bemerkungen:

5.1 Ausstattung des Zimmers für die Betreuungskraft

eigenes Bett Kleiderschrank Tisch TV Radio

eigenes Bad sonstiges:

Internetanschluss

vorhanden beantragt Nein, nicht möglich

6. Anforderungen an die Betreuungskraft

Profil der Betreuungskraft: weiblich männlich egal

Darf die Betreuungskraft rauchen?: Ja Nein nur im Freien

Ist ein Führerschein erforderlich?: Ja Nein nicht relevant

Sprachkenntnisse

Sehr gut Grundkenntnisse
Gut einfache Grundkenntnisse
Kommunikativ keine Deutschkenntnisse

7. SCHLUSSBEMERKUNGEN & DATENSCHUTZ

Wer unterzeichnet ggf. den Vertrag?

hilfsbedürftige Person

Ansprechpartner

Wie sind Sie auf Pflege-Engel-24 aufmerksam geworden?

Familie / Bekannte

Arzt / Therapeut

Pflegedienst

Internetrecherche

Sonstige:

Bemerkungen

Hinweise zum Datenschutz

Mit diesem Fragebogen werden personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst. Pflege-Engel-24 benötigt diese Daten zum Zwecke der Anbahnung der von Ihnen gewünschten Dienstleistung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft und der daraus resultierenden Personenbetreuung.

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst und verarbeiten diese gewissenhaft gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Wir nutzen Ihre Daten ausschließlich zweckgebunden, geben sie nur an unmittelbar beteiligte Partnerunternehmen weiter und schützen sie durch angemessene technische und organisatorische Maßnahmen.

Durch Unterzeichnung dieses Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. Weiterhin versichern Sie, dass die persönlichen Daten korrekt und vollständig sind, Sie erklären sich damit einverstanden, zur Bearbeitung der Interessentenanfrage durch Providentia Betreuung & Services kontaktiert zu werden.

Sie haben jederzeit das Recht, der Übermittlung und Speicherung der Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist an Pflege-Engel-24 Hüther, Drosselstr.30, 66497 Contwig zu richten.

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

Ort, Datum

Unterschrift