ERHEBUNGSBOGEN

Ja, ich möchte Sie beauftragen, eine Betreuung zu finden

für (zu betreuende/pflegende Person):

Leistungsempfänger:

Nachname		Vorname	
Straße		PLZ Ort	
Telefon		Handy	

Geburtsdatum		Größe		Gewicht	

Auftraggeber (Kontaktperson):

Nachname		Vorname	
Straße		PLZ Ort	
Telefon		Mobil	
Fax		E-Mail	

Verhältnis der Kontaktperson zur pflegenden Person : _____

Bitte beschreiben Sie, nach Möglichkeit einen **<u>Tagesablauf:</u>**

_____

_____

_____

_____

Folgende Krankheiten/Behinderungen/Einschränkungen liegen vor:

_____

_____

_____

_____

_____

Mobilität des Patienten:

kann alleine gehen ☐ kann mit Hilfe laufen ☐ Rollstuhl ☐ bettlägerig ☐

Welche Körperteile sind gelähmt? _____

Einschränkungen:

Toilette: selbständig ☐ mit Hilfe ☐

Teilinkontinenz ☐ Vollinkontinenz ☐ Demenz ☐

Sonstige:_____

Ist bereits ein ambulanter Pflegedienst beauftragt? Ja ☐ Nein ☐

Pflegestufe: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ keine ☐ beantragt ☐ Härtefall ☐

geschätzte tatsächliche Arbeitszeit /Tag _____ regelmäßige Nachtarbeit: ja ☐ nein ☐

Betreuungsdauer:

1 Monat ☐ bis 3 Monate ☐ länger als 3 Monate ☐

Ab wann soll die Betreuung stattfinden? _____

Beschreibung der Unterkunft:

Die zu betreuende Person lebt

In einem Haus ☐ in einer Wohnung ☐ mit …… Zimmer

Kann dem Personal ein separates Zimmer zur Verfügung gestellt werden? Ja ☐ Nein ☐

Vorlieben des Patienten:

Spazierengehen ☐

Fernsehen, welche Filme ☐ _____

Literatur, welche? ☐ _____

Speisen ☐ ……. Getränke ☐ …….

Spiele Spielen ☐

Sonstige _____

Wünsche an die Qualifikation und Eigenschaften der Betreuungskraft:

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐ gleichgültig ☐

Deutschkenntnisse:

A: verstehen gut und sprechen gut ☐

B: verstehen ausreichend und sprechen ausreichend ☐

C: auch ohne Kenntnisse der deutschen Sprache ☐

Pflegeerfahrung: ja ☐ nein ☐

Kochkenntnisse: ja ☐ nein ☐

Führerschein + Fahrpraxis: ja ☐ nein ☐

Raucher: ja ☐ nein ☐ gleichgültig ☐

Muss eine weitere im Haushalt lebende Person betreut werden? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Falls ja, Angaben zur zweiten zu betreuenden Person:

Nachname		Vorname	
Straße		PLZ Ort	
Telefon		Handy	

Geburtsdatum		Größe		Gewicht	

Folgende Krankheiten/Behinderungen/Einschränkungen liegen vor:

_____

_____

_____

Mobilität des Patienten:

kann alleine laufen ☐ kann mit Hilfe laufen ☐ Rollstuhl ☐ Bettlägerig ☐

Welche Körperteile sind gelähmt? _____

Einschränkungen:

Toilette: selbständig ☐ mit Hilfe ☐

Teilinkontinenz ☐ Vollinkontinenz ☐ Demenz ☐

Sonstige:_____

Pflegestufe: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ keine ☐ beantragt ☐ besonders schwere Pflege ☐

geschätzte tatsächliche Arbeitszeit /Tag _____ regelmäßige Nachtarbeit: ja ☐ nein ☐

Sonstige Mitteilungen:

_____

_____

_____

_____

Ihre Angaben und Informationen werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Den Erhebungsbogen bitte ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und per Post zusenden an:

POMOCNE DLONIE Sp. Z o.o.
ul.Nowowiejskiego 3 / 95
85-869 BYDGOSZCZ
POLEN

oder per Post/Fax:

Hilfreiche Hände
Schulstr. 45
41372 Niederkrüchten

Fax. 02163 575 41 86