

PFLEGE 24-RHEINLAND

FRAGEBOGEN ZUR BEDARFSERMITTLUNG

1. Angaben zur Kontaktperson:

Name, Vorname:

Straße, Nr. :

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

2. Angaben zur zu betreuenden Person:

Name, Vorname:

Straße, Nr. :

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Betreuung findet statt in: eigenen Haus
 eigener Wohnung
 mit Garten
 Mit qm, Anzahl der Zimmer

Leben im Haushalt Haustiere? ja, welche

nein

Wie viele Personen leben noch im Haushalt? Person(en)

Wer ist/sind die weiteren Personen?

Benötigt diese Person Hilfe im Haushalt? ja nein

3. Angaben zu Betreuungsbedürftigkeit:

Voraussichtliches Beginn des Einsatzes:

	Person 1	Person 2
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Alter	.....	.....
Geburtsdatum	.....	.....
Größe	..... cm	..... cm
Gewicht	..... kg	..... kg
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> keine Pflegestufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> erst beantragt	<input type="checkbox"/> keine Pflegestufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> erst beantragt

Ist ein ambulanter Pflegedienst beauftragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Soll der ambulante Pflegedienst weiterhin kommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mobilität und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> leicht gehbehindert <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> leicht gehbehindert <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig
Sind nächtliche Einsätze nötig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bekannte Krankheitsmerkmale:	<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufferkrankungen <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Dialysepatient <input type="checkbox"/> Geistig behindert <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufferkrankungen <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Dialysepatient <input type="checkbox"/> Geistig behindert <input type="checkbox"/> Diabetes
Weitere:	.....	.....
Zu verrichtende Tätigkeiten (z.B. Körperpflege, An-/Ausziehen, hauswirtschaftliche Unterstützung etc.):	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....
Hobbies und Interessen:	.....	.....

4. Anforderungen an den gewünschten Personal:

Unterbringung des Personals: in Zimmer(n)

Gewünschtes Geschlecht: Frau Mann egal

Gewünschtes Alter: unwichtig 20-30 30-40 älter als 40

Darf die Betreuungskraft rauchen: () unwichtig () nein () nur draußen

Gewünschte Sprachkenntnisse: () Grundkenntnisse

() mittlere Kenntnisse

() gute Kenntnisse

Führerschein: () ja, mit Fahrpraxis (Aufpreis) () nein

Pflegeerfahrung: () unwichtig () wünschenswert

Sonstige Anforderungen

(z.B. bestimmte Charaktereigenschaften):

5. Wie sind Sie auf Pflege24-Rheinland aufmerksam geworden?

.....

6. Wie möchten Sie Ihrer Rückantwort erhalten?

() per E-Mail () per Telefon () per Post

Haben Sie noch Fragen oder Anregungen?

.....
.....
.....
.....

Ihre Angaben und Informationen sind vertraulich und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Bitte senden Sie dieses Formular per Post oder E-Mail an folgende Adresse:

Pflege24-Rheinland

info@pflege24-rheinland.de

Sabina Ciesla

Burgweg 7

53424 Remagen

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie mich an: 02228 913650
