

Fragebogen

Auftraggeber	
Name:	Vorname:
Straße:	Ort/PLZ:
Telefon:	Handy:
Fax:	E-Mail:

<input type="checkbox"/> Ehepaar <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann					
Name:	Vorname:				
Straße:	Ort:				
Telefon:					
Geburtsdatum:	Alter:	Größe:	cm	Gewicht:	kg
Mit wem wohnen Sie?					

Name:	Vorname:				
Straße:	Ort:				
Telefon:	Handy:				
Geburtsdatum:	Alter:	Größe:	cm	Gewicht:	kg

Vertragspartner:	<input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Leistungsempfänger
Rechnungsadresse:	<input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Leistungsempfänger
Beginn der Betreuung:	

Ansprechpartner:	
E-Mail:	
Handy:	

<p>Patient 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad wird beantragt <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 	<p>Patient 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad wird beantragt <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
---	---

Pflegerelevante Diagnosen:	
<p>Patient 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Tumor/ Krebserkrankungen 	<p>Patient 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Altersbedingte Gehschwäche <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Beginnende Demenz <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Tumor/ Krebserkrankungen

Desorientiert:	<input type="checkbox"/> zur Person	<input type="checkbox"/> zur Zeit	<input type="checkbox"/> zum Ort
-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

Sprache:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> gar nicht möglich
Hörvermögen:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> gar nicht möglich
Sehkraft:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> gar nicht möglich

Ist die Person zurzeit durch einen Pflegedienst versorgt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Körperpflege:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise selbstständig	
	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Unterstützung	

An- und Ausziehen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise selbstständig	
	<input type="checkbox"/> unter Anleitung	<input type="checkbox"/> komplette Unterstützung	

Urinkontrolle:	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	
	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent (z. B. Nachts)		

Hilfsmittel vorhanden?	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Vorlagen
	<input type="checkbox"/> Bettpfanne	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> suprapubischer Kath.

Ein-/ Durchschlafen:	<input type="checkbox"/> keine Probleme	<input type="checkbox"/> mehrmaliges Aufstehen	
	<input type="checkbox"/> Betreuungskraft muss unterstützen	<input type="checkbox"/> < 2 <input type="checkbox"/> > 2	

Überwachung in der Nacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Rollator
	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> Transfer durch Lift	<input type="checkbox"/> Transfer durch Betreuungskraft	

Kurze Beschreibung der hilfebedürftigen Person:

Haushalt der Familie		
<input type="checkbox"/> Großstadt	<input type="checkbox"/> Kleinstadt	<input type="checkbox"/> Dorf
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Wohnung

Haushaltsfläche die zu reinigen ist:		m²
Gartenfläche:		m²
Angehörige:	<input type="checkbox"/> wohnen im selben Haus	<input type="checkbox"/> in der Nähe
	<input type="checkbox"/> weit entfernt	
Einkaufsmöglichkeiten:		ca. min.
Tiere:	<input type="checkbox"/> ja, welche	<input type="checkbox"/> nein

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:			
<input type="checkbox"/> kochen	<input type="checkbox"/> waschen	<input type="checkbox"/> putzen	<input type="checkbox"/> bügeln
<input type="checkbox"/> Einkäufe machen	<input type="checkbox"/> sich um den Haushalt kümmern		

Anforderungen an die Hilfskraft:			
Geschlecht:			
Alter der HelferInnen:			
Pflegeerfahrung:	<input type="checkbox"/> erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wäre von Vorteil
Führerschein:	<input type="checkbox"/> erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wäre von Vorteil
Nichtraucher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> egal

Deutsch Kenntnisse	<input type="checkbox"/> Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/> kommunikativ	<input type="checkbox"/> ausreichend
	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut	

Ist ein Zimmer für die Pflegekraft vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ausstattung des Zimmers für die Pflegekraft:					
<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Tisch	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> eigenes Bad

Der Pflegekraft zur Verfügung gestellten Kommunikationsmittel:			
<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Festnetz mit Auslandsflatrate	<input type="checkbox"/> Internet – Zugang	
Freizeitregelung:			
<input type="checkbox"/> 2 Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> ½ Tag pro Woche	<input type="checkbox"/> ein Tag pro Woche	<input type="checkbox"/> nach Absprache
Besonderheiten:			

Anreise/Abreise: Die HelferInnen kommen mit einem Kleinbus zum Haus der Familie oder werden zur Heimreise auch dort abgeholt. Andere HelferInnen müssen in Saarbrücken am Busbahnhof, Dudweilerstr. 98 abgeholt werden oder zur Abreise hingebbracht werden. In diesem Falle kümmert sich die Familie um die An- und Abreise.

Die Angaben im Fragebogen habe ich zur Kenntnis genommen

Unterschrift

Javitas Gesundheitsmanagement GmbH, Peter Theobald (Dipl. Betw. im Gesundheitsmanagement), Zäselestr. 30, 66606 St. Wendel-Bliesen
Tel. 06854-8202, Tel. 0160 / 94 41 34 92 www.javitas.de info@javitas.de

Datenschutzerklärung:

Hiermit stimme ich zu, dass dieser Fragebogen mit meinen persönlichen Daten durch Javitas nur zum Zwecke der Suche nach HelferIn über die Agenturen verwendet werden darf. Ist das Anliegen abgeschlossen, werden alle Daten gelöscht.

Unterschrift