

Daten des Ansprechpartners

Vorname		Mobil	
Nachname		E-Mail-Adresse	

Daten der zu betreuenden Person

Vorname der zu betreuenden Person		Gewicht (kg)	
PLZ		Größe (cm)	
Ort		Verhältnis zum Auftragsgeber (Mutter, Vater, Ehepartner etc.)	
Geburtsdatum		Wohnt der Patient/in allein? Mit wem? Pflegebedürftig?	
Pflegegrad		Geschlecht	

Informationen über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Patienten (bitte ankreuzen)

Altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>
Beginnende Demenz	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Diabetes Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	Chronischer Durchfall	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Hörprobleme	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	Sehschwäche	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Stoma	<input type="checkbox"/>	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	Katheter	<input type="checkbox"/>	Lähmung	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	PEG Magensonde	<input type="checkbox"/>	Parese	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Tumor	<input type="checkbox"/>	Allergien...	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Sonstiges...	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Orientierung

Orientierung:	Vorhanden	Teilweise gestört	Überwiegend gestört
Zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patientenmobilität

Selbständig, kann allein laufen	<input type="checkbox"/>	Patient hilft wenig mit	<input type="checkbox"/>
Geht mit einem Gehstock	<input type="checkbox"/>	Patient hilft nicht mit	<input type="checkbox"/>
Benutzt einen Rollator	<input type="checkbox"/>	Regelmäßiges nächtliches Aufstehen	<input type="checkbox"/>
Benutzt einen Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Komplett hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/>
Kann selbstständig aufstehen	<input type="checkbox"/>	Bettlägerig	<input type="checkbox"/>

Auszuübende Tätigkeiten

Soll die Betreuungskraft das Einkaufen übernehmen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Soll die Betreuungskraft das Kochen übernehmen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Soll die Betreuungskraft das Putzen übernehmen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Lage der Wohnsituation

Wohnbedingungen

Stadt	<input type="checkbox"/>	Kleiner Ort	<input type="checkbox"/>	Dorf	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------------	--------------------------	------	--------------------------

Wohnform

Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/>	Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/>	Wohnung	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------	--------------------------

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß erreichbar)

Unter 10 Minuten	<input type="checkbox"/>	Unter 20 Minuten	<input type="checkbox"/>	Mehr als 20 Minuten	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Sollte Ihre Betreuungskraft ein bestimmtes Geschlecht haben?

Präferenzen

Keine Präferenz	<input type="checkbox"/>	Männlich	<input type="checkbox"/>	Weiblich	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------

Sollte Ihre Betreuungskraft deutsche Sprachkenntnisse haben?

Soll ein Führerschein vorhanden sein?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Rauchen

Keine Präferenz	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Nur draußen	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	-------------	--------------------------

Gewünschter Anfang der Betreuungszeit:

Haben Sie schon Erfahrung mit einer ausländischen 24h-Betreuungskraft?

Wochenlohn für die Betreuungskraft (EUR)