|  |  |
| --- | --- |
| Auftraggeber/ Kontaktperson (im Notfall zu benachrichtigen)Name:Vorname:PLZ/ Ort:Straße/ Hausnummer:Tel./ Handy:Email:Geburtsdatum:Verwandtschaftsgrad:Zweiter Ansprechpartner (Vor- & Zuname):Tel./Handy: | Patient/inName:Vorname:PLZ/ Ort:Straße/ Hausnummer:Tel./ Handy:Geburtsdatum:Familienstand:Krankenkasse:Versicherungsnummer: |

|  |  |
| --- | --- |
| HausarztName:PLZ/ Ort:Straße/ Hausnummer:Tel./ Handy:Email:Fax: | Ehepartner/in oder im Haushalt lebende PersonName:Vorname:Geburtsdatum:Ist diese Person auch Kunde einer mobilen Betreuung?⃝ja ⃝neinWenn ja, bei welcher? |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesetzlicher Betreuer?falls vorhandenName:PLZ/ Ort:Straße/ Hausnummer:Tel./ Handy:Email:Fax: |  |

Krankheitsbilder des Patienten
Diagnosen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

⃝ Altersbedingte Gehschwäche ⃝ Thrombose ⃝ beginnende Demenz
⃝ Diabetes insulinpflichtig ⃝ Schlaganfall→ ⃝rechts ⃝ links
⃝Dekubitus ⃝volle Demenz ⃝ Diabetes⃝ Kreislauferkrankung ⃝ Osteoporose ⃝Alzheimer
⃝ Tumor ⃝ Herzinsuffizienz ⃝ Stoma
⃝ Parkinson ⃝ Depression ⃝ Bluthochdruck
⃝ niedriger Blutdruck ⃝ Inkontinenz ⃝ Rheuma
⃝ Herzinfarkt ⃝ MS ⃝ Asthma
⃝ sonstige Krankheiten (beschreiben):

Informationen zur geistigen & körperlichen Verfassung

Geistiger Zustand: ⃝klar ⃝apathisch ⃝ teilnahmslos
 ⃝leicht dement ⃝dement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sprache: | ⃝ keine Einschränkung | ⃝ geringe Einschränkung | ⃝ starke Einschränkung |
| Hörvermögen:  | ⃝ keine Einschränkung | ⃝ geringe Einschränkung | ⃝ starke Einschränkung |
| Sehkraft: | ⃝ keine Einschränkung | ⃝ geringe Einschränkung | ⃝ starke Einschränkung |
| Hörgerät: | ⃝ ja | ⃝ nein |  |
| Brille: | ⃝ ja | ⃝nein |  |

Bewegung: ⃝selbständig ⃝ mit Unterstützung ⃝ im Rollstuhl
 ⃝ bettlägerig ⃝ weglaufgefährdet
 ⃝ sturzgefährdet

Hilfsmittel: ⃝ Rollator ⃝ Pflegestuhl ⃝ Rollstuhl ⃝ Lifter ⃝ Hebelifter ⃝ Wannenlifter ⃝ Pflegebett ⃝ Toilettenstuhl ⃝ Sonstiges:

Urin: ⃝ kontinent ⃝ teilweise inkontinent ⃝ inkontinent

Stuhl: ⃝ kontinent ⃝ teilweise inkontinent ⃝ inkontinent

Hilfsmittel: ⃝ Windeln ⃝ Vorlagen ⃝ Urinflasche ⃝ Katheter ⃝ Puffi

 ⃝ Sonstige:

Kau/Schluckstörungen: ⃝ keine ⃝ hat Störung ⃝ Magensonde

Schlafstörung: ⃝ keine ⃝ gelegentlich
 ⃝ Schlaf/ Wachrhythmus gestört

Wenn ja, genauer beschreiben:

**Kurze Charakterbeschreibung des Patienten (wissenswertes im Umgang)**

Beginn und Art der Versorgung

Beginn: Dauer des Einsatzes:

Pflegestufe: ⃝ keine ⃝ 1 ⃝ 2 ⃝ 3 ⃝ Härtefall
 ⃝ Pflegestufebeantragt: welche, wann \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegedienst:

Erfolgt derzeit eine Versorgung durch den Pflegedienst: ⃝ ja ⃝ nein

Soll der Pflegedienst weiterhin in Anspruch genommen werden: ⃝ ja ⃝ nein

Welche Tätigkeiten erbringt der Pflegedienst:

Wie oft:

|  |  |
| --- | --- |
| Ambulanter PflegedienstName:PLZ/ Ort:Straße/ Hausnummer: | AnsprechpartnerName:Telefon:Handy:Fax: |

Hilfe bei folgenden Tätigkeiten erforderlich

Körperpflege: ⃝ selbständig ⃝ braucht Hilfe ⃝ volle Übernahme

An-/auskleiden:⃝ selbständig ⃝ braucht Hilfe ⃝ volle Übernahme

Essen und Trinken: ⃝ selbständig ⃝ braucht Hilfe
 ⃝ volle Übernahme ⃝ Essen herrichten
 ⃝ Essen Mundgerecht herrichten / schneiden

Haushaltsversorgung
Soll der Haushalt neben der Pflege / Betreuung mit übernommen werden?

 **⃝** ja  **⃝**nein ⃝ nach Bedarf

Wenn ja, was? ⃝ kochen ⃝ Reinigung der Wohnung
 ⃝ waschen ⃝ bügeln ⃝ einkaufen ⃝Fenster putzen ⃝ Sonstiges:

Tagesstruktur

|  |  |
| --- | --- |
| Morgens Wann steht der Patient auf? - Uhrzeit: Körperpflege: ⃝ ja ⃝ neinFrühstück zubereiten: ⃝ ja ⃝ nein Frühstück anreichen: ⃝ ja ⃝ neinMedikamenten-Einnahme: ⃝ ja ⃝ neinSonstige Beschreibung: VormittagsHauswirtschaftliche ⃝ ja ⃝ neinVersorgung:Sonstige Beschreibung:NachmittagsMittagessen zubereiten: ⃝ ja ⃝ nein Mittagessen anreichen: ⃝ ja ⃝ neinMedikamenten-einnahme ⃝ ja ⃝ neinMittagsschlaf ⃝ ja  von bis Uhr Sonstige Beschreibung: |  AbendsAbendessen zubereiten: ⃝ ja ⃝ nein Abendessen anreichen: ⃝ ja ⃝ neinMedikamenten-einnahme: ⃝ ja ⃝ neinKörperpflege: ⃝ ja ⃝ nein Wann geht der Patient ins Bett? – Uhrzeit:Sonstige Beschreibung NachtsNächtlicher Hilfebedarf: ⃝ ja ⃝ nein ⃝ manchmal wie oft? \_\_\_\_ / Nacht Medikamenten-einnahme: ⃝ ja ⃝ neinSonstige Beschreibung:  |

Arbeitsbedingungen

Einsatzzeit pro Tag (Dauer in Stunden):

Nachteinsätze: ⃝ nein ⃝ ab und zu ⃝ häufig ⃝ jede Nacht

Beschreibung:

Freizeit

⃝ Stundenweise \_\_\_\_ Stunden täglich ⃝ 1Tag/pro Woche:

⃝ zwei halbe Tage pro Woche: ⃝ nach Absprache

Personalprofil

Geschlecht: ⃝ Frau ⃝ Mann ⃝ egal

Alter ⃝ bis 30 ⃝ bis 40 ⃝ über 40 ⃝ egal

Körperform ⃝ kräftig, starkes Heben ⃝ egal

Sprachkenntnisse ⃝ gut ⃝ mittel ⃝ ausreichend

Führerschein ⃝ ja ⃝ nein

Raucher ⃝ ja ⃝ nein ⃝ egal

Krankenschwester erforderlich: ⃝ ja ⃝ nein

Erfahrung Erforderlich mit: ⃝ Demenz ⃝ Insulinspritzen ⃝ sonstige:

Weitere Beschreibung:

Rahmenbedingungen

Lage ⃝ Großstadt ⃝ Kleinstadt
 ⃝ Dorf ⃝ ländlich

Wohnsituation ⃝ Villa ⃝ Einfamilienhaus
 ⃝ Mehrfamilienhau s ⃝ Wohnung (Etage):

Einkaufsmöglichkeiten(zu Fuß) ⃝ ca.10 Min ⃝ ca.20Min
 ⃝ ca. 40Min ⃝ länger

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Datum/ Unterschrift Auftraggeber Datum/ Unterschrift Jaso Mitareiter